



HAL
open science

Le ressenti des médecins généralistes du Sud Aquitaine vis-à-vis de la nouvelle politique d'obligation vaccinale : des adaptations comportementales sont-elles mises en œuvre ?

Margaux Bourguinat

► To cite this version:

Margaux Bourguinat. Le ressenti des médecins généralistes du Sud Aquitaine vis-à-vis de la nouvelle politique d'obligation vaccinale : des adaptations comportementales sont-elles mises en œuvre ?. Médecine humaine et pathologie. 2020. dumas-02976713

HAL Id: dumas-02976713

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02976713>

Submitted on 23 Oct 2020

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Université de Bordeaux

U.F.R. DES SCIENCES MEDICALES

Année 2020

Thèse n° 91

Thèse pour l'obtention du

DIPLOME D'ETAT de DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 25 juin 2020 par

Margaux BOURGUINAT épouse MENARD

Née le 06 avril 1989 à Saint Germain en Laye

**Le ressenti des médecins généralistes du Sud Aquitaine vis-à-vis de
la nouvelle politique d'obligation vaccinale : des adaptations
comportementales sont-elles mises en œuvre ?**

Sous la direction du Docteur Marco ROMERO

Jury

Professeur Charles CAZANAVE.....Président
Docteur Yves MONTARIOL.....Rapporteur et Juge
Professeur Marie-Édith LAFON.....Juge
Docteur Brigitte LLANAS.....Juge
Docteur Marco ROMERO.....Directeur et Juge

RESUME

Contexte. Pour améliorer la couverture vaccinale en France et stopper la recrudescence d'épidémies, le Ministère de la Santé, sous la direction de Madame la Ministre Agnès Buzyn, a élaboré le texte de loi n°2017-1836 visant à élargir les obligations vaccinales à onze pathogènes pour tout individu né à partir du 1^{er} janvier 2018. Texte présenté au Parlement fin 2017 et accepté.

Objectifs. Décrire le ressenti des médecins généralistes vis-à-vis de la nouvelle politique d'obligation vaccinale et déterminer si des adaptations comportementales sont mises en œuvre.

Méthode. Étude qualitative par entretiens semi-dirigés de médecins généralistes libéraux du Sud-Aquitaine (départements Landes et Pyrénées-Atlantiques) entre août et décembre 2019. Après saturation théorique des données, une analyse du verbatim intégralement retranscrit a fait émerger des catégories significatives.

Résultats. La majorité des médecins interrogés était favorable à la vaccination générale et au calendrier vaccinal obligatoire à 11 vaccins. La loi vaccinale a été facilitante pour leurs consultations mais des adaptations ont été nécessaires tant au niveau du discours que du comportement vaccinal des médecins envers le patient, ainsi que sur la nécessité de se former à cette nouveauté venue parfois perturber la perception qu'avait le médecin de la vaccination.

Conclusion. L'hésitation vaccinale est un sujet d'actualité, alimenté par les polémiques vaccinales, les mouvements anti-vaccins et les réseaux sociaux.

Les médecins généralistes restent une source d'informations principale pour les parents au sujet de la vaccination de leurs enfants.

Dans ce contexte, il faut replacer la vaccination dans un exercice coordonné, facile d'accès, s'appuyant sur l'éducation thérapeutique et les nouveaux réseaux de communication.

Mots-clés : Vaccination - Vaccination obligatoire – Calendrier vaccinal - Loi vaccinale - Médecins généralistes - Ressenti - Adhésion - Hésitation vaccinale - Réticences - Anti-vaccin

ABSTRACT

Title : The feeling of general practitioners from the South of Aquitaine regarding the new approach of compulsory vaccines : are behavioural adjustments being implemented ?

Background. In order to improve the vaccinal cover in France and stop the resurgence of epidemics, the Department of Health, headed by Secretary of State for Health Department Mrs Agnès Buzyn, drafted the legal text n°2017-1836 providing for applying vaccinal obligation to eleven pathogens for anyone born after January 1st 2018. Legal text presented to Parliament at the end of the year 2017 and accepted.

Goals. Describing the feeling of general practitioners (GPs) about the new approach of vaccinal obligation and identifying if some adjustment in their ways of acting has been implemented.

Method. Qualitative analysis through half-directed interviews of self-employed GPs from the South of Aquitaine (Landes and Pyrénées-Atlantiques departments) between August and December 2019. Once all the data were theoretically collected, an analysis of the entirely transcribed verbatim account revealed meaningful categories.

Results. Most of the interviewed practitioners were generally in favour of complete vaccination campaign and of the compulsory vaccinal schedule of eleven vaccines. The vaccinal law made their consultations easier but some adjustment was necessary in both the practitioners' speech and their vaccinal behaviour towards their patients, as well as regarding the necessity to educate themselves about this new approach which sometimes came and disturbed their way of thinking about vaccination.

Conclusion. Vaccinal uncertainty is an important news topic nowadays, fuelled by vaccinal argument, anti-vaccine movements and social networks. GPs remain, for many parents, the main source of information about their children's vaccination.

In this context, it is necessary to appreciating vaccination in terms of coordinated and easily accessible exercise, based on therapeutic education and new ways of communicating.

Keywords. Vaccination – compulsory vaccination – vaccinal schedule – vaccinal law – General Practitioners (Gps) – feeling – support – vaccinal uncertainty – being reluctant (reluctance) – anti- vaccine.

REMERCIEMENTS

Une expérience fascinante, exaspérante, exaltante, rageante et finalement gratifiante que je n'aurais voulu manquer pour rien au monde.

Parce que cette thèse n'aurait pu aboutir sans vos contributions, directes ou indirectes, je tiens à vous adresser mes chaleureux remerciements.

A Monsieur le Professeur Charles CAZANAVE,
Professeur universitaire et praticien hospitalier, responsable d'unité dans le service des maladies infectieuses et tropicales du CHU de Bordeaux.
Vous me faites l'honneur de présider mon jury, merci de l'avoir accepté avec un tel enthousiasme. Je tiens à vous témoigner mon respect et ma reconnaissance.

A Monsieur le Docteur Yves MONTARIOL,
Maître de conférences associé du Département de Médecine Générale de l'université de Bordeaux et médecin généraliste à Pessac.
Merci d'avoir accepté d'intégrer mon jury et d'être mon rapporteur de thèse ; je vous remercie pour les remarques apportées à ce travail.

A Madame le Professeur Marie-Édith LAFON,
Chef du service de virologie et unité de surveillance biologique du CHU de Bordeaux,
Merci d'avoir accepté d'intégrer mon jury de thèse et d'évaluer mon travail.
Soyez assurée de mon profond respect et de ma reconnaissance.

A Madame le Docteur Brigitte LLANAS,
Praticien hospitalier dans le service de néphrologie pédiatrique du CHU de Bordeaux,
Merci d'avoir accepté d'intégrer mon jury de thèse et d'évaluer mon travail.
Soyez assurée de mon profond respect et de ma reconnaissance.

A Monsieur le Docteur Marco ROMERO,
Maître de conférences associé et chargé d'enseignement au département de médecine générale de Bordeaux et médecin généraliste à Samadet.
Merci d'avoir accepté de m'accompagner et de me guider, merci pour l'aide, le soutien et la disponibilité que tu m'as accordé tout au long de ce travail de thèse.
Merci infiniment de faire partie de mon jury.
Au-delà de cette thèse, merci encore une fois pour ce court semestre passé ensemble qui restera un des socles de ma pratique de la médecine générale et merci pour tes conseils précieux pour mon début de carrière à Garlin.

A Monsieur le Professeur Laurent MAGOT,
Professeur de Médecine Générale, médecin généraliste à Lons,
Merci pour votre aide et vos conseils avisés en séance d'aide à la thèse au moment de la naissance de ce travail.

A tous les médecins qui ont accepté de participer à cette étude,
Merci pour vos témoignages et le temps que vous m'avez accordé, j'espère que mon travail est resté fidèle à vos propos.

A mes maîtres de stage ambulatoire auxquels je pense très souvent en pratiquant la médecine générale : Catherine, Brice, Marco, Thierry, Virginie et Jean-François, vous êtes tous une petite partie de ce qui fera le docteur que je deviendrai demain, je ne vous oublierai jamais.

A mes collègues de la MSP de Garlin, Jean-René, Pierre et Marjorie, on va former une bonne équipe tous les 4.

Aux bibliothécaires du CH de Pau, Cristel et Aurora, pour leur disponibilité et leur bienveillance.

Last but not least, merci aux miens, à mes gens.

A ma famille. Ma famille sans qui je n'aurais pas réussi.

Eux qui m'ont soutenue tous les jours, tous sans exception, depuis le tout début.

A Audrey, ma meilleure amie, 28 ans d'amitié déjà et encore de longues années à venir.

Merci de toujours me soutenir, même à distance.

A Loïc, pour ton anglais et ton soutien de toujours.

A ma belle-famille, Pascal, Mary, Jacqueline, Greg, Lauriane et Titou, pour votre soutien.

A mes absents qui font partie de moi, Mamie, Papy, toujours au fond de mon cœur.

A ma maman Dominique, tu es la femme de ma vie, toujours discrète mais tellement soutenante pour moi, chaque jour qui passe, dans mes études de médecine et pour mes débuts de « bébé médecin » tout autant que dans ma vie au quotidien.

A mon papa Bernard, le roc sur lequel je peux m'appuyer, tu ne vacilles pas, tu m'as toujours montré comment devenir une belle personne avec de belles valeurs, j'espère que c'est chose faite même si j'y travaille tous les jours.

Papa et Maman, vous êtes mes piliers et vous me donnez de la force.

A mon mari William, tu es mon tout. Tu as traversé avec moi l'intégralité de ce parcours médecine, et tellement plus encore tu le sais. Tu m'as toujours relevée, tu es l'homme le plus solide et le plus patient que je connaisse. Pour toi, je fais en sorte d'être la meilleure version de moi-même.

A mes filles Louise et Juliette, mes deux trésors, arrivées pendant mes études de médecine, pour mon plus grand bonheur. Il n'est pas toujours facile de partager mon temps entre la médecine et la vie de famille mais je sais que vous comprendrez tout cela. Pipuce et Poupette, j'espère que vous serez fières de votre maman ; moi je suis très fière de mes deux adorables petites filles.

Alors Papa, Maman, Willy, Louise et Juliette, I love you to the moon and back.

SOMMAIRE

RESUME.....	p.3
REMERCIEMENTS.....	p.5
SOMMAIRE.....	p.7
SOMMAIRE DES FIGURES.....	p.11
SOMMAIRE DES ANNEXES.....	p.12
LISTE DES ABREVIATIONS.....	p.13
INTRODUCTION.....	p.15
I) L’HESITATION VACCINALE.....	p.15
1) Définition.....	p.15
2) Les mouvements anti-vaccins dans l’Histoire de la vaccination.....	p.15
3) Les chiffres expliquant ce phénomène.....	p.17
II) LA PLACE DES MEDECINS GENERALISTES DANS LA VACCINATION.....	p.20
III) LA NOUVELLE POLITIQUE D’OBLIGATION VACCINALE : stratégie de réponse des autorités de santé.....	p.21
1) La loi vaccinale en vigueur.....	p.21
2) Justification.....	p.22
3) Controverse à cette politique.....	p.24
MATERIEL ET METHODES.....	p.25
I) SCHEMA DE L’ETUDE.....	p.25
II) CONSIDERATIONS ETHIQUES DE L’ETUDE.....	p.25
III) POPULATION ETUDIEE.....	p.25
1) Mode de recrutement.....	p.25

2) Critères d'inclusion.....	p.25
3) Critères d'exclusion.....	p.26
IV) OBJECTIFS PRINCIPAUX ET SECONDAIRES.....	p.26
V) ELABORATION DE LA GRILLE D'ENTRETIEN.....	p.26
VI) RECUEIL DE DONNEES.....	p.27
VII) ANALYSE DE DONNEES.....	p.27
VIII) METHODE DE RECHERCHE BIBLIOGRAPHIQUE.....	p.27
RESULTATS.....	p.28
I) CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION INTERROGEE.....	p.29
II) LES ENTRETIENS.....	p.30
III) POURQUOI CETTE MESURE LEGALE D'OBLIGATION VACCINALE ?.....	p.30
1) Justification de l'obligation vaccinale.....	p.30
2) Obstacles à la vaccination.....	p.34
3) Défauts de l'ancien calendrier vaccinal.....	p.34
4) Défiance vis-à-vis de la vaccination.....	p.35
5) Réticence des parents vis-à-vis de certains vaccins en particulier.....	p.36
6) Réticence ou opposition vaccinale globale/non ciblée.....	p.36
7) Disparité de la balance bénéfices-risques entre les vaccins.....	p.36
8) Décision vaccinale subjective en l'absence d'obligation.....	p.37
9) Manque d'éducation à la santé laissant place à des vaccinations négligées	p.37
IV) DETERMINANTS DE L'HESITATION VACCINALE / INFLUENCES DANS LA DECISION VACCINALE.....	p.39
1) L'hésitation vaccinale est un phénomène récent.....	p.39
2) Caractère culturel de l'hésitation vaccinale.....	p.39
3) Influence anti-vaccinale transmise par les parents.....	p.39
4) Rôle des réseaux sociaux et d'Internet dans l'opposition ou hésitation vaccinale...p.39	
V) REACTIONS ET ATTENTES VIS-A-VIS DE LA NOUVELLE POLITIQUE D'OBLIGATION VACCINALE.....	p.41
1) Efficience du nouveau calendrier vaccinal.....	p.41
2) Satisfaction du médecin du calendrier vaccinal obligatoire.....	p.42
3) Déception du médecin du cadre légal imposé à la vaccination.....	p.42
4) Ressenti négatif du caractère légal obligatoire par les parents.....	p.42
5) Doute du médecin sur l'efficience de l'obligation vaccinale.....	p.43

6)	Persistance de l'opposition vaccinale malgré le nouveau calendrier obligatoire.....	p.43
7)	Remise en cause de la légitimité des vaccins obligatoires par le médecin.....	p.44
8)	Réactions des parents à la nouvelle politique vaccinale obligatoire.....	p.44
VI)	LES PATIENTS FACE A L'OBLIGATION VACCINALE.....	p.46
1)	Connaissance du nouveau calendrier vaccinal par les parents.....	p.46
2)	Méconnaissance du nouveau calendrier vaccinal par les parents.....	p.46
3)	Manque de compétences des patients.....	p.46
4)	Acceptation du calendrier vaccinal par les parents.....	p.46
5)	Responsabilisation du patient, acteur de sa santé (parents pour leurs enfants).....	p.47
6)	Adaptations comportementales de certains patients à l'obligation vaccinale.....	p.48
7)	Fuite des anti-vax des consultations médicales depuis l'obligation vaccinale.....	p.48
VII)	LES MEDECINS GENERALISTES FACE A L'OBLIGATION VACCINALE.....	p.51
1)	Adhésion du médecin à la vaccination.....	p.51
2)	Adaptations comportementales du médecin à l'obligation vaccinale.....	p.52
3)	Mise en difficulté du médecin par l'hésitation voire l'opposition vaccinale.....	p.53
4)	Travail sur les représentations vaccinales du patient.....	p.54
5)	Comportement vaccinal du médecin inchangé.....	p.57
6)	Situations de difficultés pratiques pour appliquer le calendrier vaccinal à temps.....	p.57
7)	Délivrance d'une information scientifique par le médecin.....	p.58
8)	Responsabilité du médecin engagée par l'obligation légale	p.60
9)	Transposition à la vie personnelle du médecin.....	p.60
10)	Exemplarité du professionnel de santé.....	p.61
11)	Échanges entre soignants au sujet de la vaccination.....	p.61
12)	Décision médicale partagée.....	p.62
13)	Préservation du lien médecin-malade.....	p.62
14)	Promotion de la vaccination dans les populations à risque.....	p.62
VIII)	PRISE EN CHARGE PLURI-PROFESSIONNELLE DE LA VACCINATION AVEC LE MEDECIN GENERALISTE POUR ACTEUR CENTRAL.....	p.68
1)	Rôle central du médecin généraliste et ses outils.....	p.68
2)	Confiance des patients dans les compétences du médecin généraliste.....	p.68
3)	Rôle d'éducation à la santé du médecin généraliste.....	p.68
4)	Rôle des médias pour lutter contre l'hésitation vaccinale.....	p.69
5)	Prise en charge pluri-professionnelle de la vaccination.....	p.69
6)	Mise à jour continue des connaissances du médecin.....	p.70
IX)	L'AVENIR VACCINAL : FREINS A L'APPLICATION ET A L'EXTENSION DE LA POLITIQUE VACCINALE VS ADAPTATIONS ET PISTES D'AMELIORATION.....	p.72
1)	Médecins enclins à l'extension de l'obligation vaccinale.....	p.72
2)	Évaluation totalement indépendante de la balance bénéfices-risques des vaccins...	p.72
3)	Extension vaccinale guidée par la balance bénéfices-risques.....	p.72

4) Difficultés d'évaluation de la balance bénéfices-risques des vaccins.....	p.73
5) Incertitudes sur l'intérêt de l'extension des obligations vaccinales.....	p.73
6) Augmentation de la couverture vaccinale par la multivalence.....	p.73
7) Acceptation de certains vaccins non obligatoires par les parents.....	p.74
8) Inégalités d'accès aux vaccins non obligatoires.....	p.74
9) Vaccination à intégrer dans une démarche globale de prévention.....	p.74
10) Utilisation du carnet de vaccination électronique (mesvaccins.net).....	p.74
DISCUSSION.....	p.76
I) VALIDITE INTERNE DE L'ETUDE.....	p.76
1) Les forces de cette étude.....	p.76
2) Les faiblesses de cette étude.....	p.77
II) VALIDITE EXTERNE DE L'ETUDE.....	p.79
III) DISCUSSION DES RESULTATS.....	p.81
1) Représentativité de la population étudiée.....	p.81
2) La nouvelle politique d'obligation vaccinale légale.....	p.82
IV) PERSPECTIVES.....	p.87
CONCLUSION.....	p.91
ANNEXES.....	p.93
BIBLIOGRAPHIE.....	p.115
SERMENT D'HIPPOCRATE.....	p.121

SOMMAIRE DES FIGURES

Figure 1 : Diagramme de flux.....	p.28
Figure 2 : Tranches d'âges des médecins interrogés.....	p.29
Figure 3 : Nombre d'années d'installation des médecins interrogés.....	p.29
Figure 4 : Répartition de la durée des entretiens.....	p.30
Figure 5 : Pourquoi cette politique d'obligation vaccinale ? Analyse du ressenti des médecins interrogés.....	p.38
Figure 6 : Déterminants de l'hésitation vaccinale/Influences dans la décision vaccinale.....	p.40
Figure 7 : Réactions et attentes vis-à-vis de la nouvelle politique d'obligation vaccinale.....	p.45
Figure 8 : Observations faites par les médecins de leurs patients face à l'obligation vaccinale.....	p.50
Figure 9 : Comportements des médecins généralistes face à la nouvelle politique vaccinale.....	p.64
Figure 10 : Zoom sur l'adhésion des médecins généralistes à la vaccination.....	p.65
Figure 11 : Zoom sur les adaptations comportementales mises en œuvre par les médecins généralistes depuis l'application de la mesure légale.....	p.66
Figure 12 : Zoom sur les axes de travail du médecin sur les représentations vaccinales des patients.....	p.67
Figure 13 : Le médecin généraliste, pierre angulaire de la vaccination de ses patients.....	p.71
Figure 14 : L'avenir vaccinal : freins à l'application et à l'extension de la politique vaccinale versus adaptations et pistes d'amélioration.....	p.75
Figures 15, 16 et 17 : Répartitions hommes/femmes au sein des différentes populations médicales.....	p.82

SOMMAIRE DES ANNEXES

Annexe 1 : Graphique montrant l'essor de l'hésitation vaccinale, très marqué entre 2005 et 2010.....	p.93
Annexe 2 : Tableau d'évolution de la couverture vaccinale des enfants de 2 ans pour 10 vaccins (obligatoires ou recommandés selon le vaccin) en France entre 2008 et 2016.....	p.94
Annexe 3 : Graphique montrant l'évolution à la baisse des couvertures vaccinales obligatoires et recommandées à l'âge de 2 ans entre 2012 et 2015.....	p.95
Annexe 4 : Marguerite des compétences du médecin généraliste.....	p.96
Annexe 5 : Recrutement des médecins interrogés en « boule de neige ».....	p.97
Annexe 6 : Grille initiale des entretiens semi-dirigés.....	p.98
Annexe 7 : Grille des entretiens semi-dirigés - version finale modifiée utilisée pour les 18 entretiens analysés.....	p.99
Annexe 8 : Grille COREQ.....	p.100
Annexe 9 : Résultats attendus par le Dr Romero (écriture préalable au travail de thèse)....	p.105
Annexe 10 : Résultats attendus par la thésarde examinatrice (écriture préalable au travail de thèse).....	p.106
Annexe 11 : Modèle trans-théorique du changement illustré par le cercle de Prochaska et Di Clemente.....	p.107
Annexe 12 : Exemple d'un entretien réalisé auprès d'un des médecins interrogés pour ce travail.....	p.108

LISTE DES ABREVIATIONS

ALD : Affection de Longue Durée

ANSM : Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé

CH : Centre Hospitalier

CNGE : Collège National des Généralistes Enseignants

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

CTV : Commission Technique des Vaccinations

ETP : Éducation Thérapeutique du Patient

FMC : Formation Médicale Continue

HAS : Haute Autorité de Santé

MG : Médecin Généraliste

MSP : Maison de Santé Pluridisciplinaire

MSU : Maître de Stage Universitaire

OGDPC : Organisme Gestionnaire du Développement Professionnel Continu

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONIAM : Office National d'Indemnisation des Accidents Médicaux, des Affections Iatrogènes et des Infections Nosocomiales

PMI : Protection Maternelle et Infantile

RIAP : Relevé Individuel d'Activité et de Prescription

UE : Union Européenne

WONCA : World Organization of National College Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians

Je déclare Mme Margaux BOURGUINAT ne présenter aucun lien d'intérêt avec les entreprises fabriquant ou promouvant des produits de santé.

INTRODUCTION

I) L'HESITATION VACCINALE

1) Définition

Il existe, en France et dans les pays développés, une relative méfiance à l'égard des vaccins, notamment pour les enfants. Certaines personnes hésitent, sans être ni dans un refus catégorique ni dans une acceptation systématique de la vaccination : c'est ce que l'on appelle l'hésitation vaccinale. Ce n'est pas une réelle opposition à toute vaccination mais des comportements plus nuancés qui émergent [1].

Le processus de décision vaccinale est multifactoriel [1]. Il prend en compte à des degrés différents les opinions et expériences personnelles et celles de l'entourage, les données scientifiques, la confiance ou l'absence de confiance en les autorités sanitaires ainsi que l'information donnée par les soignants consultés.

La décision finale est souvent plus influencée par des opinions et expériences personnelles ou de proches que par les données scientifiques.

Les controverses vaccinales et autres scandales sanitaires ont contribué à l'hésitation vaccinale actuelle.

Les autorités sanitaires ont aussi un rôle majeur pour rassurer la population à condition de développer une évaluation fiable de la balance bénéfices-risques de chaque vaccin et de garantir une totale transparence quant à la politique de vaccination.

La gestion controversée des crises sanitaires (impliquant des vaccins ou des médicaments) par les autorités sanitaires ainsi que la suspicion de liens avec les firmes pharmaceutiques ont participé à l'altération de l'adhésion à la vaccination pour toute une partie de la population. Les soignants sont une source d'informations privilégiée à propos des vaccins et jouent donc un rôle important dans la confiance ou la défiance à l'égard des vaccins des personnes qui les consultent.

L'adhésion de la population entière n'étant pas atteinte, il semble nécessaire d'étudier les blocages et d'essayer de les lever.

2) Les mouvements anti-vaccins dans l'Histoire de la vaccination

L'histoire des vaccins démontre que les vaccinations ont, de tout temps, entraîné des controverses, en France et ailleurs, dans la population générale comme chez les professionnels de santé [2]. Ce qui est aujourd'hui appelé mouvement anti-vax apparaissait déjà en 1760 devant l'Académie des sciences françaises au sujet de la variolisation, inoculation de la variole dans le but d'une protection vis-à-vis d'une contagion ultérieure, avant même la première vaccination historique contre la variole par Jenner dans les années 1770-1780 [2]. Au fil du temps, la volonté des autorités anglaises de rendre obligatoire la vaccination contre la variole dès 1853 a entraîné la création de ligues anti-vaccinales.

Les motifs de controverse ont été multiples : le fait que l'État ne devrait pouvoir obliger personne à être inoculé et qu'il n'est pas légitime pour décider à la place des individus ce qui est bon pour eux, l'obstacle à la volonté divine selon l'Église, le fait de risquer la vie d'une partie de la population pour en sauver une autre selon Kant, le franchissement de la « barrière

des espèces » en introduisant dans un corps humain du pus de vésicules d'une fermière contaminée par une vache (cow-pox, en français vaccine, à l'origine du terme vaccination). Le mode d'action paradoxal de la vaccination, à savoir l'administration d'un agent pathogène inactivé ou de ses fragments à faible dose dans un organisme sain pour développer des anticorps le protégeant pour l'avenir contre le risque infectieux a, dès l'origine, suscité des controverses.

Le détail des mécanismes de la protection vaccinale ne sera connu que dans la seconde partie du XXème siècle ce qui n'a pas empêché que plusieurs vaccins soient mis au point à la fin du XIXème et début du XXème siècle, à l'époque où la tuberculose, le tétanos, la diphtérie, le choléra, la coqueluche, le typhus, la poliomyélite et la peste sont de véritables fléaux.

En France, en 1902, une loi relative à la protection de la santé publique rend la vaccination antivariolique obligatoire au cours de la première année de vie et organise un système de surveillance avec notamment une liste de maladies à déclaration obligatoire.

L'obligation vaccinale s'est progressivement étendue à d'autres maladies infectieuses : diphtérie en 1938, tétanos en 1940, poliomyélite en 1964.

À mesure que tend à s'effacer la mémoire des grandes épidémies du passé, un débat se diffuse à nouveau sur la nécessité de la vaccination en raison du décalage ressenti entre un risque infectieux jugé faible et d'éventuels effets indésirables, voire une accusation de nocivité [3]. L'opposition à la vaccination s'est renforcée avec le constat de la survenue de maladies liées à l'acte médical et d'autres effets indésirables [2].

Elle peut aussi prendre l'aspect d'une résistance à la pression de l'État sur l'individu, voire d'une désobéissance civile de personnes ou de collectifs, s'opposant par principe à une coercition dans le domaine de la santé individuelle.

C'est avec le BCG que s'est vraiment développée en France une opposition significative à la vaccination quand les pouvoirs publics ont, pour la première fois, voulu faire appliquer l'obligation légale. Dans les années 1950, l'opposition à la vaccination par le BCG a réuni des médecins et des patients qui mettaient en avant des accidents vaccinaux et qui ont créé la première Ligue contre les vaccinations, rebaptisée en 1964 Ligue nationale pour la liberté des vaccinations.

Le mouvement anti-vaccinal français a continué de se développer et s'est régulièrement exprimé par des contestations devant le Conseil d'État.

En 2017, le Conseil d'État a été saisi par des personnes et des associations du fait qu'aucun vaccin correspondant aux seules obligations légales (diphtérie, tétanos et poliomyélite) n'était commercialisé en France au profit des vaccins multivalents, ce qui exposait les personnes vaccinées aux risques de vaccins non obligatoires. Le Conseil d'État a écarté l'argumentation des requérants sur les risques allégués des vaccins recommandés associés aux trois vaccins obligatoires dans les vaccins multivalents ; mais il a considéré que le ministre de la Santé devait « faire usage des pouvoirs qu'il détient en vue d'assurer la mise à disposition du public des vaccins permettant de satisfaire aux seules vaccinations obligatoires » tout en ajoutant « à défaut d'élargissement par la loi de l'étendue des obligations vaccinales ».

Cette remarque du Conseil d'État a sans doute contribué à l'extension de l'obligation à 11 vaccins au 1^{er} janvier 2018 [4].

3) Les chiffres expliquant ce phénomène

Historiquement, la vaccination a apporté une contribution essentielle à l'effondrement de la mortalité liée aux maladies infectieuses. Elle a ainsi permis d'éradiquer la variole, de faire chuter l'incidence mondiale de la poliomyélite de 99% depuis 1988 et de faire baisser de 79% le nombre de décès dus au virus de la rougeole dans le monde.

Selon l'OMS, elle permet d'éviter deux à trois millions de décès par an dus à la diphtérie, au tétanos, à la coqueluche et à la rougeole.

Dans son rapport public annuel 2018, la Cour des Comptes a constaté que des disparités fortes persistent selon les vaccins, notamment selon qu'ils étaient obligatoires ou simplement recommandés, selon les territoires et les populations. Ces fragilités, qui peuvent être à l'origine de réémergences épidémiques, s'inscrivent dans un contexte d'hésitation vaccinale grandissante, très largement relayée et alimentée par les réseaux sociaux. Ce phénomène complexe et mal appréhendé par les pouvoirs publics a des incidences fortes sur les comportements des patients et des professionnels de santé [3].

La confiance vis-à-vis de la vaccination est un élément clé pour atteindre les objectifs de couverture vaccinale, qui correspond à la proportion de personnes vaccinées dans une population à un moment donné. Elle est le rapport entre le nombre de personnes correctement vaccinées, c'est-à-dire ayant reçu à un âge donné le nombre de doses requises, et le nombre total de personnes qui auraient dû l'être dans la même population.

Selon les enquêtes conduites par Santé publique France, cette confiance a chuté entre 2005 et 2010 (*Annexe 1*), dans le contexte notamment de la gestion défailante de la campagne de lutte contre la pandémie grippale A/H1N1 puis, après avoir semblé progresser entre 2012 et 2014, sans rejoindre néanmoins les niveaux des années 2000, elle s'est de nouveau érodée.

Il semble aussi que l'adhésion à la vaccination se révèle contrastée selon les vaccins et les territoires.

De nombreuses enquêtes effectuées entre 2015 et 2016 révèlent une récente baisse de confiance à l'égard des vaccins. Au premier semestre 2015, une baisse de 5 % de la primo-vaccination du nourrisson a été enregistrée pour la première fois depuis plusieurs années.

Une enquête effectuée par l'Observatoire sociétal du médicament en 2016 a mis en évidence que la confiance dans les vaccins enregistre une baisse progressive depuis 2013, alors que la confiance envers les médicaments en général demeure élevée.

En revanche, les Français font plus confiance à l'homéopathie (73 %, +2 % par rapport à 2015) qu'aux vaccins (69 %, -2 % par rapport à 2015).

Cette hésitation vaccinale est loin d'être propre à la France. Une enquête menée auprès de 65 000 personnes dans 67 pays sur la perception des risques vaccinaux a montré que, même si l'importance des vaccins est globalement reconnue, l'hésitation vaccinale est grandissante et touche désormais l'ensemble des pays. C'est en Europe que se trouvent 7 des 10 pays les moins confiants en la vaccination dans le monde ; la France se situant en tête de ces pays.

Cette hésitation vaccinale particulièrement importante s'inscrit dans un contexte français où se sont succédées depuis plus de 20 ans de multiples crises qui ont affaibli la crédibilité des autorités sanitaires : les crises sanitaires (hormone de croissance, sang contaminé, vache folle, Médiator®) et la gestion défailante de campagnes vaccinales (campagne 1994-97 pour la

vaccination anti-VHB, campagne 2009-10 contre le virus H1N1) alimentent une défiance à leur rencontre qui nourrit les controverses liées aux vaccins et à leurs adjuvants.

Cependant, les ressorts de l'hésitation vaccinale se retrouvent en fait dans de nombreux pays européens, apparaissant multiples et allant de la seule défiance à l'encontre des institutions, des autorités de santé et de l'industrie du médicament à une franche opposition.

Joue notamment un calendrier vaccinal de plus en plus complexe et peu lisible, pour les patients comme pour les professionnels : de 4 pages jusqu'en 2002, il est passé à 8 pages en 2003, 12 en 2004, 16 en 2005, 20 en 2007, 32 en 2009, 55 en 2014 pour atteindre 64 pages en 2017. Joue aussi particulièrement la coexistence en France de vaccinations obligatoires et de vaccinations recommandées : les vaccinations recommandées sont souvent perçues comme secondaires (en comparaison avec les obligatoires).

Le calendrier vaccinal n'est ainsi plus ce qu'il a pu être dans le passé, un instrument d'information du grand public, mais est devenu avant tout un outil pour les professionnels de santé, qui, eux-mêmes, cependant n'échappent pas toujours à l'hésitation vaccinale.

La loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique avait fixé des objectifs précis de couverture vaccinale d'au moins 95 % aux âges appropriés pour les maladies à prévention vaccinale (à cette époque tuberculose, diphtérie, tétanos, poliomyélite, coqueluche, maladies infectieuses à *Haemophilus influenzae b*, rougeole, rubéole, oreillons, hépatite B).

Les données de couverture vaccinale recueillies en France depuis des années (*Annexes 2 et 3*) ont conforté l'idée de la nécessité d'une meilleure stratégie vaccinale [5].

BCG : La couverture BCG était proche de 100% sur des enquêtes scolaires portant sur des enfants encore concernés par l'obligation vaccinale (suspendue en 2007).

Plus récemment, les données recueillies directement auprès des conseils départementaux d'Ile-de-France à partir des certificats de santé au 9^{ème} mois ont montré une couverture vaccinale BCG en forte baisse en 2016 avec seulement 39% des enfants vaccinés.

DTPCa : Concernant les vaccinations diphtérie, tétanos, poliomyélite, coqueluche et *Haemophilus influenzae B*, la couverture vaccinale était stable et élevée à l'âge de 2 ans, proche de 100% pour les deux injections de primovaccination en 2016. Par contre, la couverture pour la dose de rappel était un peu inférieure, avec 96% de couverture pour DTP et coqueluche, et 95% pour *Haemophilus influenzae b*.

Au-delà de 2 ans, la proportion d'enfants ayant reçu les rappels ultérieurs recommandés dans le calendrier vaccinal diminue. Alors qu'environ 90% des enfants de CM2 avaient reçu au moins les cinq doses de vaccin DTP et les quatre doses de vaccin contre la coqueluche recommandées à cet âge (enquête 2014-2015), seulement 84% des enfants de 15 ans étaient à jour pour le troisième rappel DTP recommandé à 11-13 ans et seulement 70% des enfants de 15 ans avaient reçu le deuxième rappel coqueluche recommandé à l'âge de 11-13 ans (enquête 2008-2009).

ROR : La couverture vaccinale ROR « une dose » est stable depuis le milieu des années 2000 autour de 90%.

Les dernières données disponibles issues des enquêtes scolaires montrent des couvertures ROR « une dose » de 96,4% chez les enfants de grande section de maternelle (6 ans, enquête 2012-2013). Ce chiffre est proche de celui retrouvé dans les enquêtes précédentes chez les enfants de classe de 3^e (95,5%) (15 ans, enquête 2008-2009) et chez les enfants de CM2 (96,6%) (11 ans, enquête 2007-2008). Elles montrent un rattrapage au-delà de 2 ans,

permettant d'atteindre à 6 ans l'objectif de 95% de couverture vaccinale supposé être atteint à 2 ans.

La couverture pour la seconde dose du vaccin ROR progresse régulièrement et atteint 80% en 2016. Pour cette 2^e dose de vaccin ROR, introduite au calendrier vaccinal en 1996, les données montrent des couvertures insuffisantes, même si elles indiquent également un rattrapage au-delà de 2 ans : 83,2% chez les enfants de grande section de maternelle en 2012-2013, 84% chez les enfants de CM2 en 2008-2009 et 84% chez les enfants de 3^e en 2012-2013.

Cette couverture insuffisante se traduit directement en pratique par l'épidémie de rougeole (cf infra).

Hépatite B : La couverture vaccinale contre le virus de l'hépatite B chez les nourrissons est en progression, puisque cette couverture est passée de 42% en 2007 à 88% en 2015.

Cette augmentation est en grande partie attribuable à l'accession au remboursement, depuis mars 2008, du vaccin hexavalent combinant la valence VHB avec le DTP, la coqueluche et l'*Haemophilus influenzae b*, ce qui permet de limiter le nombre d'injections dans les premiers mois de vie.

Les données des enquêtes en milieu scolaire indiquent que moins de la moitié des enfants de CM2 étaient vaccinés en 2014-2015, que cette couverture vaccinale ne s'est pas améliorée par rapport à 2008-2009, mettant en évidence l'insuffisance de la stratégie de rattrapage.

La dernière enquête menée chez des enfants de 3^e, en 2008-2009, montre également une couverture vaccinale insuffisante dans cette classe d'âge, de l'ordre de 43%.

Méningocoque C : La vaccination contre le méningocoque C a été introduite dans le calendrier vaccinal en avril 2010 pour toutes les personnes âgées entre 1 et 24 ans.

Parmi les enfants nés en 2015, 72% avaient reçu au moins une dose de vaccin méningocoque C à l'âge de 24 mois, estimation en légère progression par rapport aux résultats pour les enfants nés en 2014 (70%) et en 2013 (64%). Cette tendance à la hausse chez les enfants de 2 ans est constante depuis l'introduction du vaccin dans le calendrier vaccinal en 2010, mais le niveau atteint reste insuffisant.

Une tendance à la hausse de la couverture vaccinale est également observée dans toutes les catégories d'âge concernées par le rattrapage (2 à 24 ans) mais elle reste très insuffisante puisque, en 2017, 40% des enfants de 10-14 ans et seulement un tiers des 15-19 ans avaient été vaccinés contre le méningocoque C.

Compte tenu de ces couvertures vaccinales insuffisantes ne permettant pas de protéger le nourrisson par l'immunité de groupe, les nouvelles recommandations émises en 2017 préconisent une primovaccination à 5 mois suivie d'un rappel à 12 mois. La couverture vaccinale à 5 mois a été estimée à 39% pour les nourrissons nés entre janvier et mai 2017.

Ces lacunes dans la couverture vaccinale peuvent être à l'origine de réémergences épidémiques lorsque le seuil nécessaire pour éliminer, ou à défaut pour contrôler, une maladie à prévention vaccinale chute ou n'est pas atteint. Ainsi, 298 cas d'infections invasives à méningocoque C (méningite ou septicémie) ont été dénombrés chez des sujets âgés de 1 à 24 ans non vaccinés entre 2011 et 2016, ayant conduit à 29 décès. Plus de 2 000 cas d'hépatite B sont survenus en France entre 2006 et 2016 chez des sujets non vaccinés. Enfin, le taux de couverture vaccinale à 2 ans contre la rougeole demeure insuffisant pour éviter le risque de vagues épidémiques périodiques, comme celle connue notamment en 2011 et celle constatée depuis le début 2017 dans certains pays d'Europe et en France.

Au total, entre 2008 et 2016, plus de 24 000 cas de rougeole ont été déclarés en France, conduisant à 10 décès.

II) LA PLACE DES MEDECINS GENERALISTES DANS LA VACCINATION

Les 6 compétences génériques du médecin généraliste ont été définies par un groupe de travail réuni sous l'égide du Collège national des généralistes enseignants (CNGE) (*Annexe 4*).

Outre la gestion des urgences (en tant que premier recours aux soins), l'approche globale du patient dans toute sa complexité, la continuité, le suivi et la coordination des soins autour du patient, l'approche centrée sur le patient et basée sur la communication dans la relation médecin-malade, et le professionnalisme, on retient une mission d'éducation, de prévention, et de dépistage pour la santé individuelle et communautaire [6]. Cette action tient de la capacité à accompagner son patient dans une démarche autonome visant à maintenir et améliorer sa santé, prévenir les maladies, les blessures et les problèmes psychosociaux dans le respect de son propre cheminement, et donc à intégrer et à articuler dans sa pratique l'éducation et la prévention. Le médecin généraliste doit notamment mettre en place des actes destinés à diminuer l'incidence d'une maladie par des mesures individuelles de prévention et, selon la WONCA Europe, favoriser la promotion et l'éducation pour la santé par une intervention appropriée et efficace [7]; la vaccination prend ici tout son sens.

Si rechercher sur internet et les réseaux sociaux de l'information sur la santé entre de plus en plus dans les usages, de nombreuses études ont montré que le médecin est toujours considéré comme la première source d'informations de confiance en matière de vaccination. L'influence de ses recommandations sur les comportements vaccinaux de ses patients est avérée [8].

Dans une étude menée en 2014 sur les attitudes des médecins généralistes face à l'hésitation vaccinale [9], un médecin sur quatre a émis des doutes quant aux risques et à l'utilité de certains vaccins, près de trois sur cinq ont déclaré ne pas être à l'aise pour expliquer le rôle des adjuvants, et un sur cinq pour donner des explications sur la sécurité des vaccins [1]. Cette étude montre que les médecins généralistes font confiance aux autorités, mais elle souligne aussi leur besoin de formations et d'outils pour les aider à répondre aux patients hésitant à se faire vacciner.

Une autre étude de mars 2015 menée sur un panel de médecins généralistes de ville a mis en évidence l'hésitation qui touche une partie non négligeable du corps médical [10]. Ce dernier est très largement favorable à la vaccination en général : 97 % des médecins y sont favorables, avec une augmentation très nette des opinions « très favorables » par rapport à une enquête précédente en 2010 (67 % s'étaient déclarés très favorables et 31 % plutôt favorables). Cependant, cette approbation massive fait place à des opinions plus nuancées selon la nature du vaccin. Un quart d'entre eux émettent des doutes à l'égard des risques et de l'utilité de certains vaccins. Sur la question des adjuvants, 30 % d'entre eux estiment qu'ils peuvent être à l'origine d'effets secondaires graves et seulement 43 % se disent à l'aise pour expliquer leur rôle à leurs patients. Comme en matière de couverture vaccinale, un gradient nord-sud se retrouve : dans le sud, et le sud-est en particulier, les professionnels de santé expriment davantage de réticences à promouvoir la vaccination. Cette hésitation vaccinale est également fonction des vaccins, les vaccinations contre le méningocoque C, le papillomavirus et l'hépatite B étant les moins proposées.

Ce constat recoupe celui d'autres enquêtes en France et en Europe. Des réticences de même ordre se retrouvent de fait au niveau européen chez les professionnels de santé, avec comme raisons principales la crainte d'effets adverses et le manque de temps.

III) LA NOUVELLE POLITIQUE D'OBLIGATION VACCINALE : stratégie de réponse des autorités de santé

1) La loi vaccinale en vigueur

La loi vaccinale n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 [11]:

- *Article L3111-1 – art. 49 du Code de Santé Publique :*

« La politique de vaccination est élaborée par le ministre chargé de la santé qui fixe les conditions d'immunisation, énonce les recommandations nécessaires et rend public le calendrier des vaccinations après avis de la Haute Autorité de Santé » [11].

- *Article L3111-2 – art. 49 du Code de Santé Publique :*

«Les vaccinations suivantes sont obligatoires, sauf contre-indication médicale reconnue, dans des conditions d'âge déterminées par décret en Conseil d'État, pris après avis de la Haute Autorité de Santé : Antidiphthérique ; Antitétanique; Antipoliomyélitique ; Contre la coqueluche ; Contre les infections invasives à Haemophilus Influenzae de type b ; Contre le virus de l'hépatite B ; Contre les infections invasives à Pneumocoque ; Contre le Méningocoque de sérogroupe C ; Contre la rougeole ; Contre les oreillons ; Contre la rubéole» [11].

Un cas particulier à ne pas oublier : pour les enfants de plus de 12 mois résidant en Guyane française, la vaccination contre la fièvre jaune est obligatoire.

La nouvelle obligation vaccinale légale s'applique aux personnes titulaires de l'autorité parentale, ou qui assurent la tutelle des mineurs, mais aussi tout autant aux médecins :

- Les parents sont responsables de l'exécution des vaccins et tenus de prouver que cette obligation a été exécutée (*article L3111-2 – art. 49*) [11].

Les parents refusant une vaccination obligatoire à leur enfant s'exposent à un refus d'inscription dans toute collectivité à caractère sanitaire ou scolaire (crèche, centre aéré, école) sans clause d'exemption, à l'exception d'une contre-indication médicale, avec tolérance d'une régularisation sous 3 mois (*article R3111-17, décret n°2018-42*) [11].

La sanction pénale spécifique au refus de vaccination, qui prévoyait jusqu'à six mois d'emprisonnement et 3 750€ d'amende, a été abrogée. Cependant, le fait de compromettre la santé de son enfant ou d'avoir contaminé d'autres enfants par des maladies qui auraient pu être évitées par la vaccination, pourront toujours faire l'objet de poursuites pénales par l'enfant (un enfant qui se retrouverait avec un handicap à cause d'une absence de vaccin aurait le droit de mettre en cause pénalement ses parents), une collectivité, un

employeur, allant jusqu'à deux ans d'emprisonnement et 30 000€ d'amende (*loi n°2016-297*) [11].

- Le médecin est tenu d'apporter son concours à l'action entreprise par les autorités compétentes en vue de la protection de la santé et de l'éducation sanitaire (*article R4127-12 du CSP*). Le fait de ne pas proposer les vaccinations obligatoires, ne pas avoir expliqué les conséquences du refus de vaccination ou ne pas avoir assuré la traçabilité du refus des parents, entraîne la responsabilité du médecin qui peut être poursuivi devant les instances disciplinaires statutaires ou ordinaires pour non-respect des articles *R4127-2, R4127-12, R4127-43 et R4127-49* du CSP [11].

Par ailleurs, la production d'un certificat médical de complaisance constitue un délit sanctionné par une peine pouvant aller jusqu'à trois ans d'emprisonnement et 45 000€ d'amende (*article R4127-28 du CSP et 441-1 du Code pénal*).

Le médecin peut évidemment ne pas vacciner un enfant en cas de contre-indication médicale avérée. Il doit alors établir un certificat de contre-indication visant obligatoirement une vaccination et non l'ensemble des vaccins.

Dans le cas où le refus vaccinal vient du patient, des parents ou représentants légaux de l'enfant dans notre cas, le médecin ne s'expose à aucune sanction disciplinaire ou pénale, à condition qu'il puisse prouver qu'il a tout mis en œuvre pour délivrer à son patient une information claire et neutre.

Le Conseil National de l'Ordre des Médecins conseille de notifier, dans le carnet de santé de l'enfant et dans le dossier médical, que les parents refusent la vaccination, malgré une information claire concernant les bénéfices de celle-ci et les risques sanitaires, administratifs et juridiques encourus par le refus. Il encourage les médecins confrontés à une telle situation à informer le centre PMI de leur région, qui se chargera de convoquer la famille et de contacter le CRIP (Cellule départementale de Recueil des Informations Préoccupantes) si besoin [12].

2) Justification

La défiance vaccinale évoquée ci-dessus se traduit par une couverture insuffisante pour certains vaccins, susceptible d'entraîner des conséquences infectieuses graves et l'émergence de nouvelles épidémies. On note une augmentation des morts par la rougeole en Europe. En 2018, l'Europe a enregistré le plus grand nombre de cas de rougeole depuis vingt ans, avec près de 83 000 cas confirmés et 72 décès. D'après l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), l'incidence de la rougeole dans le monde a fait un bond de 50% en 2018, incitant l'agence à considérer le refus de la vaccination comme l'une des dix plus grandes menaces à la santé mondiale en 2019 [13,14].

Face aux difficultés rencontrées pour atteindre les objectifs de couverture vaccinale définis dans son plan d'action mondial pour les vaccins, l'OMS a reconnu « la réticence à la vaccination comme un problème mondial à la fois complexe et d'évolution rapide qui nécessite une surveillance continue » [3].

L'extension récemment décidée des obligations vaccinales de la petite enfance a pour but principal de rétablir rapidement des couvertures vaccinales satisfaisantes. D'après le rapport annuel 2018 de la cour des comptes, cette nouvelle obligation étendue doit impérativement s'accompagner de la mobilisation des différents professionnels de santé, impliquer plus activement l'école et mettre l'accent sur une information et une communication aux modalités adaptées aux nouveaux médias sociaux [3].

Parce que les recommandations n'ont pas permis d'obtenir des couvertures vaccinales satisfaisantes, la loi a rendu obligatoire, à compter du 1^{er} janvier 2018, onze vaccins pour les enfants nés à partir du 1^{er} janvier 2018 pendant les deux premières années de vie. Pour ces enfants, ces vaccinations sont exigées pour l'entrée en collectivité (crèche, école, ou pour partir en colonie par exemple) à compter du 1^{er} juin 2018.

Ces onze vaccinations visent outre la diphtérie, le tétanos et la poliomyélite, déjà obligatoires, la coqueluche, Haemophilus influenzae B, l'hépatite B, le méningocoque C, le pneumocoque, la rougeole, les oreillons et la rubéole, jusque-là seulement recommandés.

Pour les enfants nés avant le 1^{er} janvier 2018, les vaccinations contre la diphtérie, le tétanos et la poliomyélite continuent d'être exigibles pour entrer en collectivité. Pour ces enfants, les vaccins contre les huit autres maladies sont néanmoins vivement recommandés pour les protéger contre des maladies qui peuvent être graves [15].

En avril 2016, à la demande de la ministre chargée de la santé, le comité d'orientation de la concertation citoyenne sur la vaccination a analysé les facteurs en cause et préparé des recommandations d'action pour remédier à cette situation d'hésitation voire d'opposition vaccinale grandissante. Il s'est appuyé sur le travail de deux jurys (un jury de citoyens et un jury de professionnels de santé), des contributions reçues sur un espace participatif en ligne ainsi que sur deux enquêtes d'opinion et d'auditions.

À l'issue de cette concertation citoyenne sur la vaccination animée par le Pr Fisher, le comité d'orientation a présenté ses conclusions dans un rapport le 30 novembre 2016 au ministère de la Santé qui préconise de maintenir et d'élargir l'obligation vaccinale et d'en garantir la gratuité [8]. Les propositions du rapport du Pr Fisher visent effectivement à résoudre une situation paradoxale mal comprise par certains médecins et par de nombreux patients. Des vaccins sont obligatoires (Diphtérie, Tétanos, Polio) alors qu'ils sont parmi les moins importants dans les premiers mois de vie, et d'autres sont recommandés (Haemophilus, Coqueluche, Rougeole-Oreillons-Rubéole, Pneumocoque et Méningocoque), alors qu'ils sont plus décisifs pour protéger les nourrissons contre des maladies potentiellement mortelles [16].

En décembre 2016, le Conseil National des Généralistes Enseignants (CNGE) soutenait la finalité du rapport Fisher qui vise à renforcer et améliorer la couverture vaccinale en France mais redoute que cela entraîne une incompréhension de certains médecins et parents, consolide le climat de méfiance et favorise l'hésitation vaccinale, renforcée par la pénurie de certaines spécialités vaccinales [16].

Ainsi, suivant les recommandations du comité d'orientation de la concertation citoyenne sur la vaccination, rendues publiques le 30 novembre 2016, Madame la ministre de la santé envisageait d'étendre l'obligation vaccinale des enfants à 11 maladies, alors qu'elle n'était que de 3 jusqu'alors.

3) Controverse à cette politique

Il n'y a pas de consensus parmi les sociétés savantes concernées.

En effet, en juin 2017, le GPIP (Groupe de Pathologie Infectieuse Pédiatrique), en lançant une pétition en faveur de l'élargissement de la couverture vaccinale, approuvait le projet de rendre 11 vaccins obligatoires [17].

Par contre, pour les médecins généralistes universitaires, l'obligation vaccinale est « une réponse simpliste et inadaptée » [18, 19, 20]. Il n'y a, selon eux, aucun élément scientifique pour attester que cette mesure aboutisse à une meilleure protection, notamment pour les enfants. Il est à craindre, je cite, que son caractère autoritaire renforce la défiance et la suspicion d'une partie croissante de la population. Elle risque d'exposer les médecins généralistes et d'autres professionnels à des demandes nombreuses et non fondées d'exemption, voire de soi-disant contre-indication.

En juin 2017, le conseil scientifique du CNGE considère que "l'obligation est contradictoire avec les notions d'approche ou de démarche centrée patient" et "avec les principes éthiques d'autonomie", et souhaite s'appuyer sur le fait que les patients font "très majoritairement confiance aux conseils vaccinaux de leur médecin généraliste".

Pour redonner confiance en la vaccination et renforcer les couvertures vaccinales, le conseil scientifique du CNGE pense qu'une large campagne d'incitation portée conjointement par les professionnels de santé et les pouvoirs publics, en impliquant les usagers aurait un impact plus important et plus durable. Cela permettrait aux médecins de proposer aux patients une vaccination dans de meilleures conditions tenant compte des données scientifiques (balances bénéfiques/risques, impact épidémiologique), des caractéristiques du patient ainsi que de ses facteurs de risques, connaissances, croyances, appréhensions et préférences. Il s'agit pour ces professionnels de mettre en avant "les balances bénéfiques-risques vaccin par vaccin, et non de « la vaccination » en général permettant un dialogue constructif entre professionnels de santé et patients".

Puis en juillet 2017, dans une tribune au « Monde » [21], le CNGE estime que l'obligation risque de renforcer la défiance de la population et de soumettre les médecins, et les directeurs d'école, à la pression de parents qui y sont opposés. Parce qu'ils sont convaincus de l'utilité des vaccins, les enseignants-chercheurs du CNGE prennent position contre l'obligation vaccinale, méthode jugée contre-productive dans la perspective de restaurer un climat de confiance [22].

Cette loi a donc créé un débat important dans la société civile mais aussi dans la communauté médicale.

Depuis lors, tous les nouveaux nés depuis le 1^{er} janvier 2018 doivent recevoir les 11 vaccins obligatoires. Les médecins généralistes qui sont en première ligne pour expliquer l'utilité et l'importance de la vaccination, et rassurer les parents, ont dû adapter leurs discours et expliquer la réforme aux parents.

L'intérêt pour ce sujet de thèse est venu de l'actualité bruyante autour des vaccinations de l'enfant.

La question qui a amené à ce travail sans hypothèse de départ était de savoir quel était le ressenti des médecins généralistes vis-à-vis de la nouvelle politique d'obligation vaccinale.

L'objectif principal était de décrire le ressenti des médecins généralistes interrogés et l'objectif secondaire était de déterminer s'il y avait des adaptations comportementales mises en place par ces derniers.

MATERIEL ET METHODES

I) SCHEMA DE L'ETUDE

Nous avons réalisé une étude qualitative par entretiens semi-dirigés de médecins généralistes des Landes (40) et des Pyrénées Atlantiques (64) entre août et décembre 2019.

II) CONSIDERATIONS ETHIQUES DE L'ETUDE

Ce travail a été soumis pour validation de sa conformité aux lois de protection des données personnelles et il a été porté au registre des traitements de données à caractère personnel de l'université de Bordeaux.

La thèse a été déclarée suivant une procédure légitime légale interne à l'Université de Bordeaux et préconisée par la CNIL.

III) POPULATION ETUDIEE

1) Mode de recrutement

La sélection des participants a recherché la variation maximale des opinions afin de faire émerger tous les points de vue et d'être exhaustif sur le sujet sans viser une représentativité de la population source.

La grille d'entretien a dans un premier temps été testée par entretiens semi-dirigés avec 3 médecins répondant aux mêmes critères d'inclusion. Les modifications faites après ces 3 entretiens tests consistaient en des précisions des questions pour faciliter l'expression de leur ressenti par les médecins interrogés et mieux cadrer l'entretien.

Ces 3 entretiens tests n'ont pas été utilisés dans l'analyse de cette thèse, qui a été faite à partir des 18 entretiens suivants.

Les médecins généralistes interrogés ont été recrutés selon la méthode « boule de neige » ou *sampling snowball* (Annexe 5). La technique était la suivante : le directeur de thèse a cité à la thésarde exécutrice des entretiens le nom de 3 médecins possédant certaines caractéristiques souhaitées pour l'inclusion. Au fil des entretiens, nous leur avons demandé de nous indiquer d'autres médecins ayant les mêmes caractéristiques, qui pourraient donc participer à notre étude.

La taille de l'échantillon n'a pas été fixée initialement car celle-ci dépendait de la saturation des données. Nous avons opté pour une saturation théorique des données en stoppant les entretiens après que les deux derniers n'aient pas apporté de nouvel élément.

2) Critères d'inclusion

Les critères d'inclusions étaient d'être médecin généraliste libéral installé dans les Landes ou les Pyrénées-Atlantiques depuis plus de 5 ans. Nous avons choisi ce seuil de 5 ans afin que les médecins interrogés aient suffisamment vécu et expérimenté l'ancien schéma vaccinal. Les médecins devaient avoir une activité de consultation pédiatrique de plus de 15%, vérifiée grâce à leur Relevé Individuel d'Activité et de Prescription (RIAP).

Nous avons tenu à inclure des médecins MSU et des médecins non MSU car les critiques du CNGE ont potentiellement pu avoir un impact sur le ressenti des médecins interrogés et donc sur leurs réponses, notamment sur celles des MSU qui suivent tout particulièrement ces parutions.

Nous avons choisi d'interroger des médecins jeunes et d'autres plus âgés car des différences de pratique prouvées existent entre eux.

Enfin, nous avons inclus des médecins avec des modes d'exercices différents (rural, semi-rural et urbain) ce qui implique des pratiques et des populations différentes.

3) Critères d'exclusion

Nous avons exclu les médecins salariés parce qu'ils ne voient pas d'enfant ou bien des populations particulières (enfants suivis en PMI notamment).

IV) OBJECTIFS PRINCIPAUX ET SECONDAIRES

L'objectif principal était de décrire le ressenti des médecins généralistes interrogés depuis la mise en place de la nouvelle politique d'obligation vaccinale au 1^{er} janvier 2018.

L'objectif secondaire était de déterminer si ces mêmes médecins généralistes interrogés avaient mis des adaptations comportementales en place en pratiquant avec le nouveau calendrier vaccinal obligatoire.

V) ELABORATION DE LA GRILLE D'ENTRETIEN

Notre guide d'entretien utilisant un questionnement phénoménologique a été élaboré de telle façon à recueillir le ressenti des médecins généralistes et à éventuellement faire émerger les adaptations qu'ils ont mis en place pour intégrer le nouveau schéma vaccinal en pratique et pour tous les patients (*Annexe 6*). Il s'agissait de questions ouvertes centrées sur la perception de la nouvelle politique d'obligation vaccinale, ses implications lors de consultations d'enfants à vacciner, la façon dont les médecins l'expliquaient aux parents, que ces derniers soient pour ou contre la vaccination. Des relances et des reformulations à des fins d'explicitation étaient prévues en réserve.

Nous avons préalablement testé le guide d'entretien initial sur 3 médecins afin d'évaluer la durée d'un entretien type, de savoir si les questions étaient pertinentes et bien formulées et de voir éventuellement quelles pouvaient être les remarques faites par les répondants testeurs.

Deux des médecins testeurs nous ont fait la remarque que la deuxième question de l'axe concernant la vaccination était trop ouverte et qu'il était difficile pour eux d'y répondre avec précision.

Partant de ces remarques, nous avons donc élaboré un guide d'entretien modifié (*Annexe 7*).

VI) RECUEIL DE DONNEES

En tant qu'obligation prévue par le Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD) et préalablement aux entretiens, nous avons rédigé une note de consentement expliquant que les données seraient collectées et utilisées pour la thèse et que le tout serait anonymisé. Nous avons mené des entretiens individuels et semi-dirigés à partir du guide d'entretien d'août à décembre 2019. Ils ont été conduits en face à face dans le cabinet du médecin généraliste interrogé ou par téléphone. Les caractéristiques des participants ont été recueillies anonymement.

Les entretiens ont été enregistrés par dictaphone ou via l'application « enregistreur d'appel » sur iPhone puis intégralement retranscrits mot à mot sur le logiciel Word pour obtenir des verbatim.

VII) ANALYSE DE DONNEES

Nous avons choisi une méthode d'analyse par théorisation ancrée, méthode de référence en recherche qualitative. C'est une méthodologie de recherche de type inductive, par opposition à la méthode hypothético-déductive, qui permet la construction d'une théorie reposant sur la collecte et l'analyse méthodique des informations.

L'analyse qualitative a été conduite selon une méthode phénoméno-sémiopragmatique [23], description phénoménologique prenant en compte l'ensemble des données incorporées dans le matériau recueilli pour une compréhension holistique/globale de l'expérience vécue.

Nous avons d'abord fait une lecture flottante de type intuitif puis une lecture focalisée : découpage des unités de sens et thématisation, repérage des éléments signifiants et mise en lien pour une catégorisation par comparaison constante, organisation du sens.

Nous avons utilisé un tableur Excel pour l'analyse par codages successifs : codage ouvert, axial, puis sélectif.

Un double encodage et une triangulation des données obtenues comme réponses ont été mis en place. Le deuxième encodeur était une interne en 5^{ème} semestre de médecine générale au moment du travail et ce double encodage a eu lieu en même temps que l'encodage de l'examineur. La triangulation, quand elle a été nécessaire, à deux reprises, s'est faite par mail pour échanger directement avec le directeur de thèse.

Il n'a pas été fait d'analyse de la communication non verbale, le chercheur (l'auteure de la thèse) n'ayant pas les compétences nécessaires pour analyser ces données.

VIII) METHODE DE RECHERCHE BIBLIOGRAPHIQUE

Les sources utilisées pour la revue de la littérature ont été : le SUDOC (Système Universitaire de Documentation), les banques de thèses en ligne, et des répertoires d'articles médicaux (PubMed, Medline, CISMeF, Banque de Données en Santé Publique (BDSP), DocDocPro pour la Revue du Praticien (+ revues personnelles de l'investigatrice qui était abonnée).

Tout ceci via l'espace numérique de travail (ENT) de l'université de Bordeaux et la bibliothèque du CH de Pau.

Les principaux mots clés utilisés étaient « médecins généralistes », « vaccination », « vaccination obligatoire », « attitudes », « impact », « antivax ».

La bibliographie de ce travail a été écrite manuellement et avec Zotero.

RESULTATS

34 médecins ont été sollicités par la thésarde examinatrice afin qu'ils participent à l'étude si toutefois aucun critère d'exclusion n'était révélé par une discussion préalable à l'entretien. 18 entretiens ont pu être enregistrés (*Figure 1, Annexe 5*).

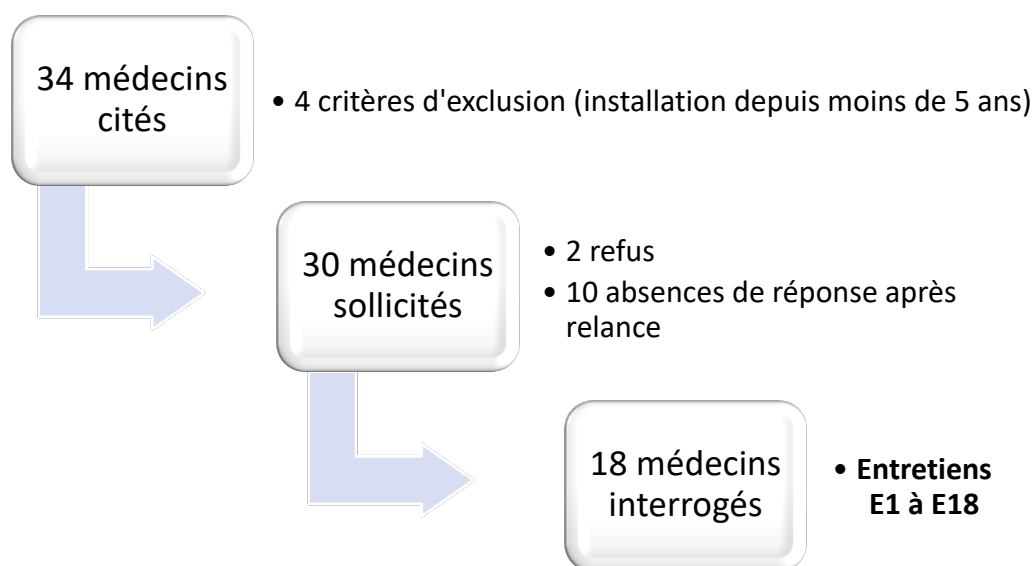


Figure 1: Diagramme de flux

Les 18 entretiens enregistrés ont été anonymisés puis numérotés de E1 à E18.

La saturation théorique des données a été atteinte au bout de 18 entretiens ; les 16 premiers entretiens ont apporté des données nouvelles et les données des 2 derniers entretiens se recoupaient avec tous les précédents.

La thésarde examinatrice a mené tous ces entretiens, de manière présentielle pour 4 d'entre eux et par téléphone pour les 14 autres, ce mode de fonctionnement convenant à la majorité des médecins sollicités. L'absence d'analyse non verbale dans cette étude a permis ces entretiens téléphoniques.

I) CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION INTERROGEE

La moyenne d'âge des médecins interrogés était de 49 ans [36 ; 66].
67% étaient des hommes, 33% des femmes, installés depuis en moyenne 18 ans [5 ; 35].
72% d'entre eux étaient maître de stage universitaire.

Quant au contexte médical au moment des entretiens, 39% des médecins interrogés ont dit avoir récemment diagnostiqué une rougeole, prise pour exemple de réapparition épidémique de maladies.

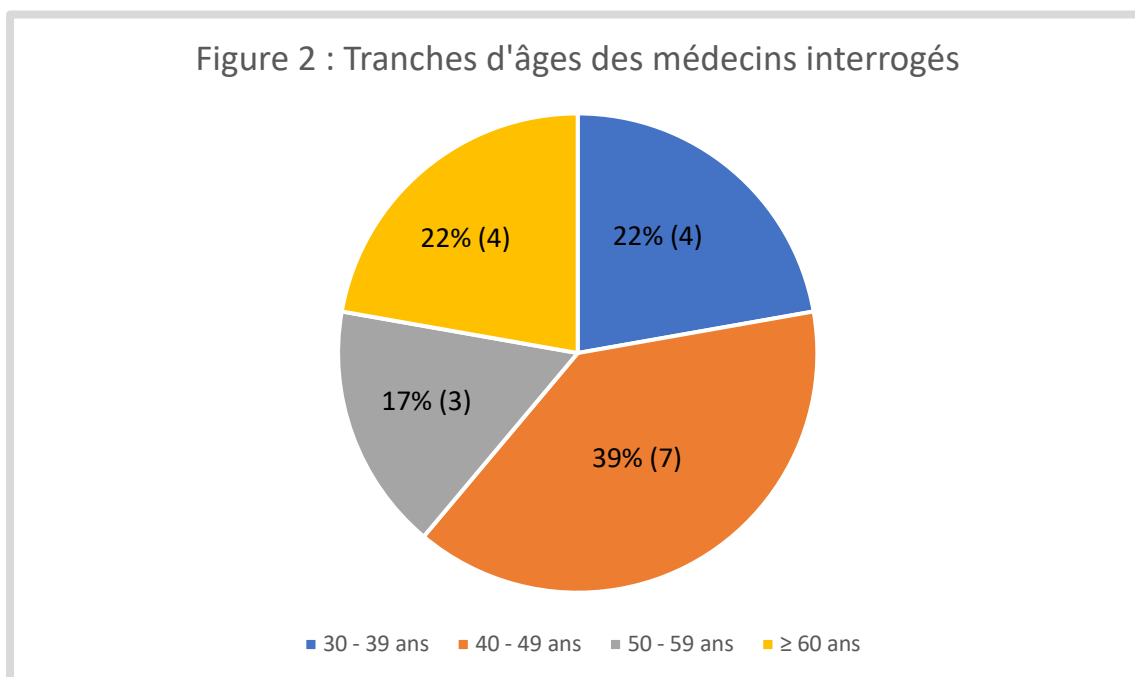


Figure 2 : Tranches d'âges des médecins interrogés

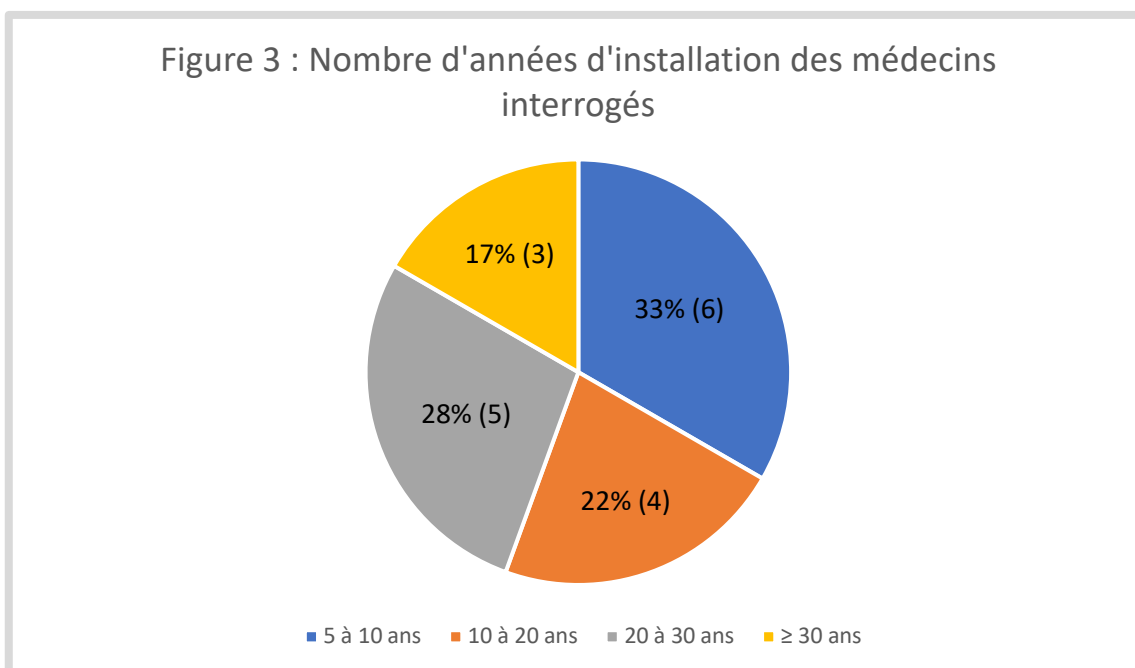


Figure 3 : Nombre d'années d'installation des médecins interrogés

II) LES ENTRETIENS

La durée moyenne des entretiens a été de 16,665 minutes [7,49 ; 37,06].

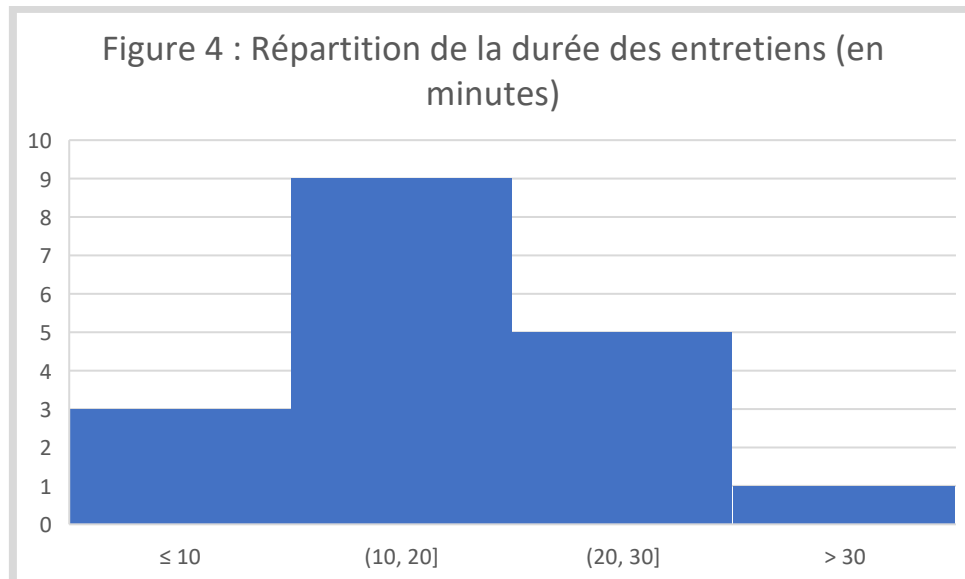


Figure 4 : Répartition de la durée des entretiens

III) POURQUOI CETTE MESURE LEGALE D'OBLIGATION VACCINALE ?

1) Justification de l'obligation vaccinale

Interroger ces médecins a permis de recueillir leur façon de justifier la nouvelle mesure d'obligation vaccinale, dans un premier temps sur le fond de l'obligation. Selon eux, plusieurs grands axes essentiels justifient l'obligation légale ; il devenait nécessaire de :

Clarifier la vaccination chez l'enfant

Les médecins ont pointé la souplesse passée à propos de la vaccination qui permettait des dérives de certains parents avant la mise en place de l'obligation vaccinale.

E12 : "Avant il y avait un peu des flous et des choses comme ça, ça permettait des comportements qui sortaient un peu de la norme".

Gérer les parents opposants

Les médecins se sont tous dits, plus ou moins largement, confrontés aux parents anti-vaccins, non systématiquement convaincus par le discours pro-vaccinal étayé du médecin.

Selon les médecins interrogés, la loi vise la minorité réfractaire : une population très précise qui refusait les vaccinations pour ses enfants.

E8 : [La loi] "n'est là que pour ceux, pour le 1 ou 2%, (...) qui n'est pas dedans et qui n'a pas compris"

E8 : [elle cible] *"les quelques enfants dont les parents ont une croyance anti-vaccinale"*

E5 : [faite] *"pour que ceux qui passaient au travers de la vaccination n'y passent plus "*

E8 : [je] *"pense que ça peut aider, pour ces patients justement"*

Pallier à la méconnaissance des parents

Les médecins ont constaté un manque important de connaissances des parents à propos de la vaccination de leurs enfants : incompréhension de la nécessité de vacciner pour obtenir une protection, mauvaise connaissance des maladies à prévention vaccinale et de leurs conséquences graves.

Face à cela, les médecins donnent des explications tantôt théoriques, tantôt concrètes s'appuyant sur leur vécu professionnel. Certains tentent d'ouvrir les yeux à leurs patients en évoquant la vaccination comme une chance, qui n'est pas offerte à tous notamment aux pays du tiers-monde.

E12 : *"Surtout que la plupart des gens ne perçoivent pas bien la gravité de certaines maladies"*

E5 : *"On peut être sourd à la suite des oreillons"*

E5 : *"J'ai une patiente, décédée il n'y a pas si longtemps que ça, à l'âge de 94 ans, qui avait des séquelles de polio avec une amyotrophie d'une jambe"*

E6 : [à ses patients, cette médecin dit] *"toujours qu'en Afrique Noire, il y a encore des enfants qui meurent de la rougeole et de certaines maladies"*

Rassurer les parents

Les médecins ont parfois senti le besoin de rassurer les parents. Pour cela, ils ont souligné le fait qu'il n'y a pas de modification des indications vaccinales par la mesure d'obligation légale. Les médecins considèrent que le caractère bénéfique de la vaccination est renforcé par son nouvel aspect légal.

E11 : *"de toute façon on ne fait maintenant ni plus ni moins que ce qui était fait auparavant"*

E13 : *"le fait de dire que quelque chose est obligatoire c'est quand même rassurant"*

Éviter la non-vaccination et ses conséquences

D'après les médecins interrogés, cette mesure légale était nécessaire. Son principal bénéfice attendu est la vaccination de certains enfants qui ne l'auraient pas été sans la loi.

Cette obligation vaccinale devrait faire diminuer les pathologies qui sont des effets indésirables graves des maladies contre lesquelles on vaccine.

Certains médecins abordent la conséquence "scolaire" du non-respect du cadre légal de la politique vaccinale pour l'enfant.

E8 : *"la loi va peut-être permettre à quelques enfants d'être vaccinés alors qu'ils ne l'auraient pas été sinon quoi"*

E5 : [exemple d'] *"une patiente au cabinet qui est sourde à la suite des oreillons"*

E6 : *"l'information claire est que l'État se réserve le droit de refuser l'enfant en scolarisation publique s'il n'est pas à jour des 11 vaccins obligatoires"*

Limiter la résurgence des épidémies

Les médecins expliquent aux parents cette conséquence négative majeure de la non-vaccination. Pour mémoire, 39% des médecins interrogés ont pu me confirmer avoir authentifié au moins un cas de rougeole dans l'année qui précédait mon recueil de données.

E11 : *"le fait de ne pas avoir obligé les vaccinations a permis la réapparition des infections"*

E2 : *"un jeune homme qui rentrait de la foire au jambon de Bayonne" d'où était partie une épidémie d'une cinquantaine de cas après l'édition de 2019*

Améliorer la couverture vaccinale

Le bilan de la couverture vaccinale était à lui seul une justification à la nouvelle politique vaccinale selon les médecins.

E6 : *"Donc de toute façon, on n'a pas tellement le choix pour avoir une couverture vaccinale de 80 ou 90% ou même plus donc c'est logique"*

Protéger la population à échelles individuelle et collective

Les médecins abordent donc la politique de santé à l'échelle mondiale. Ils expliquent aux parents la protection de la population non vaccinée par la masse de population vaccinée. Ils parlent d'une part de la protection individuelle apportée par la vaccination mais aussi et surtout d'autre part, du fait établi que la vaccination du plus grand nombre permet d'obtenir une protection collective.

En ces temps difficiles, un médecin aborde l'aspect solidaire de la vaccination, véritable acte de santé publique.

E13 : *"les vaccins pour que ce soit utile il faut quand même avant tout que ce soit universel et pas individuel pour qu'il y ait un bénéfice sur toute la population"*

E5 : *"plus il y a de gens qui sont vaccinés sur notre pays, plus ceux qui ne le sont pas sont protégés"*

E11 : *"s'assurer que la vaccination est utile d'abord pour eux parce que c'est quand même pour eux qu'on les vaccine"*

E11 : *"effectivement l'ensemble de la population bénéficie"*

E12 : [je] *"leur parle de solidarité puisque c'est un geste solidaire et de protection aussi vis-à-vis des autres"*

E12 : [un] *"geste simple qui peut permettre justement de sauver d'autres vies et des plus fragiles"*

Renforcer le principe même de la vaccination pour éradiquer les maladies

La vaccination se place comme un réel enjeu de santé publique avec pour objectif final une couverture vaccinale suffisante, à la fois individuelle et collective sur laquelle repose la possibilité d'éradication d'une maladie.

Des médecins ont pris l'exemple dans l'histoire de la médecine de l'éradication de la variole grâce à la vaccination et formulé leurs espoirs quant aux effets de la nouvelle politique vaccinale.

E14 : *"au bout du compte le but (...) c'est que chacun soit protégé et qu'au niveau de l'ensemble de la population ce soit aussi le cas, c'est le principe de la vaccination générale ; c'est que ça marche seulement si tout le monde est vacciné"*

E13 : *"[j']"explique qu'effectivement on a la chance de ne plus savoir ce que sont certaines maladies parce que la vaccination permet d'envisager l'éradication"*

E13 : *"étendre au maximum de personnes pour qu'on puisse éradiquer les maladies"*

E12 : *"l'obligation nous permettra peut-être d'éradiquer quelques maladies comme la variole à l'époque "*

Comblent notre déficit d'éducation à la santé

Si le sujet de la vaccination est primordial, il en est d'autres dans le suivi pédiatrique et des médecins m'ont confié leur ressenti de consultations envahies par le sujet de la vaccination au détriment des autres points de suivi de l'enfant. Grâce à l'obligation qui limite les débats vaccinaux, du temps semble gagné pour aborder d'autres éléments du suivi de l'enfant.

L'obligation vaccinale donne à certains médecins l'espoir d'avancer sur le terrain d'éducation à la santé, faisant des comparaisons avec d'autres pays jugés en avance en matière de prévention, de promotion de la santé et de vaccination obligatoire.

E4 : *"du coup on ne parlait pas du reste"*

E4 : *"un énorme déficit en France d'éducation sanitaire"*

E2 : *"En Australie, ils sont beaucoup plus avancés je crois et les Anglo-saxons aussi"*

Enfin, dans un second temps, les médecins se sont prononcés sur la forme légale qu'a pris cette nouvelle politique vaccinale.

Pour certains, l'obligation légale est considérée comme une forme de sanction nécessaire car instaurer la crainte permettrait de faire respecter le calendrier vaccinal obligatoire.

Nombre de médecins ont fait un parallèle symbolique avec les obligations de sécurité routière respectées.

E17 : *"c'est un peu comme le code de la route, s'il n'y a pas un policier derrière, on fait n'importe quoi"*

2) Obstacles à la vaccination

Cette étude a permis de mettre en évidence certains obstacles à la vaccination, qui sont de diverses natures :

- Défiance de la population suite à des polémiques :

E11 : *"les politiques de communication sur le vaccin H1N1, les politiques de communication sur l'obligation de vaccination (...) tout ce qui va venir rebuter les gens qui sont déjà un peu réticents"*

E11 : *"probablement les campagnes vécues comme une désinformation"*

E13 : *"le vaccin hépatite B (...) puisque c'est encore et toujours ça dont il s'agit vraiment"*

- Difficultés émotionnelles ressenties par le médecin :

E13 : *"c'est vrai qu'après effectivement, si tu comptes tout sur deux ans t'as quand même pas mal de piqûres"*

E10 : *"Moi je vois pas mal de petits bouts de chou mais je n'ai pas toujours le cœur de les piquer"*

E8 : *"la vaccination Gardasil pour les garçons ce n'est pas évident"*

- Difficultés techniques :

E10 : *"on fait une ordonnance de vaccins et puis il n'y en a pas..."*

E15 : *"l'idéal serait d'avoir le vaccin d'avance qui permet de le faire et puis qu'on nous renouvelle ça"*

3) Défauts de l'ancien calendrier vaccinal

Les points d'ombre relevés par les médecins interrogés à propos de l'ancien calendrier vaccinal étaient multiples et variés.

Des confusions : les vaccinations recommandées mais non obligatoires étaient soumises à interprétation de chacun ; certains parents hésitants pouvaient supposer que certains vaccins étaient plus importants que d'autres.

E12 : *"à partir du moment où il n'y a pas de loi et tout ça, chacun interprète les choses un peu comme il a envie"*

E2 : *"il y en avait certains qui étaient obligatoires, d'autres non donc c'était un peu flou, ça pouvait prêter à confusion"*

E12 : *"Avant il y avait un peu des flous et des choses comme ça, ça permettait des comportements qui sortaient un peu de la norme"*

Le risque que les vaccinations facultatives passent à côté des groupes à risque :

E12 : *"toutes les choses que tu mets facultatives généralement souvent tu vaccines qu'un certain groupe de patients c'est-à-dire ceux qui sont pour (...) tu passes à côté de tous les autres (qui sont parfois les plus à risque)"*

Un renforcement de la méfiance des parents ; des questionnements et incertitudes émanaient de l'absence d'obligation et du poids de la décision à prendre :

E2 : *"des gens qui pouvaient se dire « Pourquoi ils ne sont pas obligatoires, y'a un problème et tout ça"*

E12 : *"donc ils s'interrogent et alors du coup (...) à la fin ils se retrouvent à faire une partie des vaccins, sur des bases absolument pas scientifiques, sur des trucs qu'ils ont pu lire"*

Des décisions parentales arbitraires devant la possibilité même du choix vaccinal qui revenait aux parents :

E9 : *"Il ne faut pas forcément donner les clés d'une réflexion aux gens qui n'ont pas forcément d'idées"*

E9 : [les parents] *"décident de manière arbitraire comme ça et non factuelle "*

E12 : *"sur des choses complètement irrationnelles"*

Des médecins épuisés de mener des débats énergivores avec la sensation de devoir convaincre de vacciner :

E4 : *"négociations infinies qu'on avait, qui prenaient du temps et étaient un peu difficiles"*

Le nomadisme médical et les demandes de faux certificats :

E12 : [des parents opposés] *"ils me demandaient des certificats de contre-indication à la vaccination"*

E12 : [des vaccins tamponnés du jour au lendemain] *"par un médecin qui généralement était homéopathe ou je ne sais pas quoi loin de chez nous"*

Un axe sanitaire uniquement dirigé vers la vaccination au détriment du reste de la prévention par manque de temps :

E14 : *"on était passé uniquement sur le plan santé" [et non prévention]*

4) Défiance vis-à-vis de la vaccination

La défiance est réelle, elle s'est notamment installée à cause des polémiques vaccinales et les médecins doivent y faire face.

Les médecins interrogés ont pu constater des refus de vaccination parmi toutes les catégories socioprofessionnelles y compris élevées, à la surprise d'un praticien.

E11 : *"un cumul de plusieurs choses"*

E11 : *"probablement les campagnes vécues comme une désinformation"*

E8 : *"un patient standard, peut-être cadre même, refusait le vaccin pour son enfant"*

5) Réticence des parents vis-à-vis de certains vaccins en particulier

Les médecins interrogés ont pu constater en pratique des hésitations, réticences ou oppositions vaccinales, y compris pour les premières doses chez des nourrissons/enfants en bas âge (moins de 2 ans).

Les médecins ont semblé percevoir *"des modes"* avec une opposition vaccinale dont la cible fluctue à travers le temps et peut être influencée : vaccin contre l'hépatite B, vaccin combiné ROR ou encore vaccin contre le méningocoque C.

Les médecins ont aussi cité des réticences face à des vaccins non obligatoires mais recommandés à ce jour, même si évoquées comme non majoritaires.

E2 : *"chez des petits même"*

E7 : *"l'hépatite B beaucoup, ça reste quand même, c'est bien ancré"*

E5 : *"il y a encore quelques réticences à la vaccination contre le papillomavirus"*

6) Réticence ou opposition vaccinale globale/non ciblée

Les mêmes médecins ont aussi constaté des réticences s'inscrivant dans un mouvement anti-vaccinal ciblant tous les vaccins, sans différence entre eux.

Pour certains médecins, quand il y a opposition vaccinale, on peut identifier des profils de famille réfractaire à de nombreuses choses, pas seulement les vaccins.

E4 : *"ceux qui sont contre, c'est en général tout mélangé (...) c'est plutôt global"*

E10 : *"famille anti tout : donc anti vaccins, anti Wi-Fi, anti... Voilà"*

7) Disparité de la balance bénéfices-risques entre les vaccins

Chaque vaccin a sa propre balance bénéfices-risques et c'est cette notion principalement qui doit guider les recommandations et obligations vaccinales selon les médecins interrogés. De cette disparité, découle un questionnement maladie par maladie et vaccin par vaccin au moment où se pose la question de les rendre obligatoires.

Les médecins interrogés à ce sujet d'extension vaccinale ont quasiment tous répondu qu'ils seraient favorables à l'extension des vaccinations devant des preuves établies par la balance bénéfices-risques.

Selon cette même balance bénéfices-risques, les médecins ont une pratique sélective des vaccinations non obligatoires.

Les médecins rassurent les parents en leur indiquant qu'il existe beaucoup de vaccins et qu'ils n'utilisent pas ceux dont la balance bénéfices-risques n'est pas établie ou est défavorable.

Le fait que tous les vaccins existants ne soient pas systématiquement rendus obligatoires permettrait de désamorcer la peur des parents.

E13 : *"évaluation vaccin par vaccin"*

E13 : *"il faut distinguer les choses qui ont une utilité prouvée"*

E4 : [je] *"ne vaccine pas contre la varicelle ni contre la gastro"*

E13 : *"Étendre l'obligation à certains autres vaccins (...) je pense qu'il faut le pondérer (...) en fonction du bénéfice rendu je dirais"*

8) Décision vaccinale subjective en l'absence d'obligation

Les médecins sentent une sensibilisation importante des patients par leur vécu personnel affectif qui impacte le choix de vaccination ou de non vaccination de leurs propres enfants. De même que leur ressenti d'exemples concrets de pathologies comme les récentes épidémies de rougeole.

E14 : *"c'est complètement subjectif, affectif"*

E12 : *"ils étaient un peu plus effrayés par la rougeole parce qu'il y avait eu des cas"*

9) Manque d'éducation à la santé laissant place à des vaccinations négligées

Entre l'adhésion totale à la vaccination et l'opposition vaccinale franche et active, il existe toute une zone de négligence vaccinale concernant surtout le suivi des vaccinations et la réalisation des rappels vaccinaux.

E8 : *"ce n'est pas vraiment l'opposition active, c'est plus une négligence, pas du tout vis-à-vis de l'enfant mais vis-à-vis de la couverture vaccinale"*

E8 : *"une famille où il y a peut-être 5-6 enfants, maintenant ils sont plus grands mais même les petits au début ben ils font les vaccins puis après ils oublient, ils n'y pensent pas"*

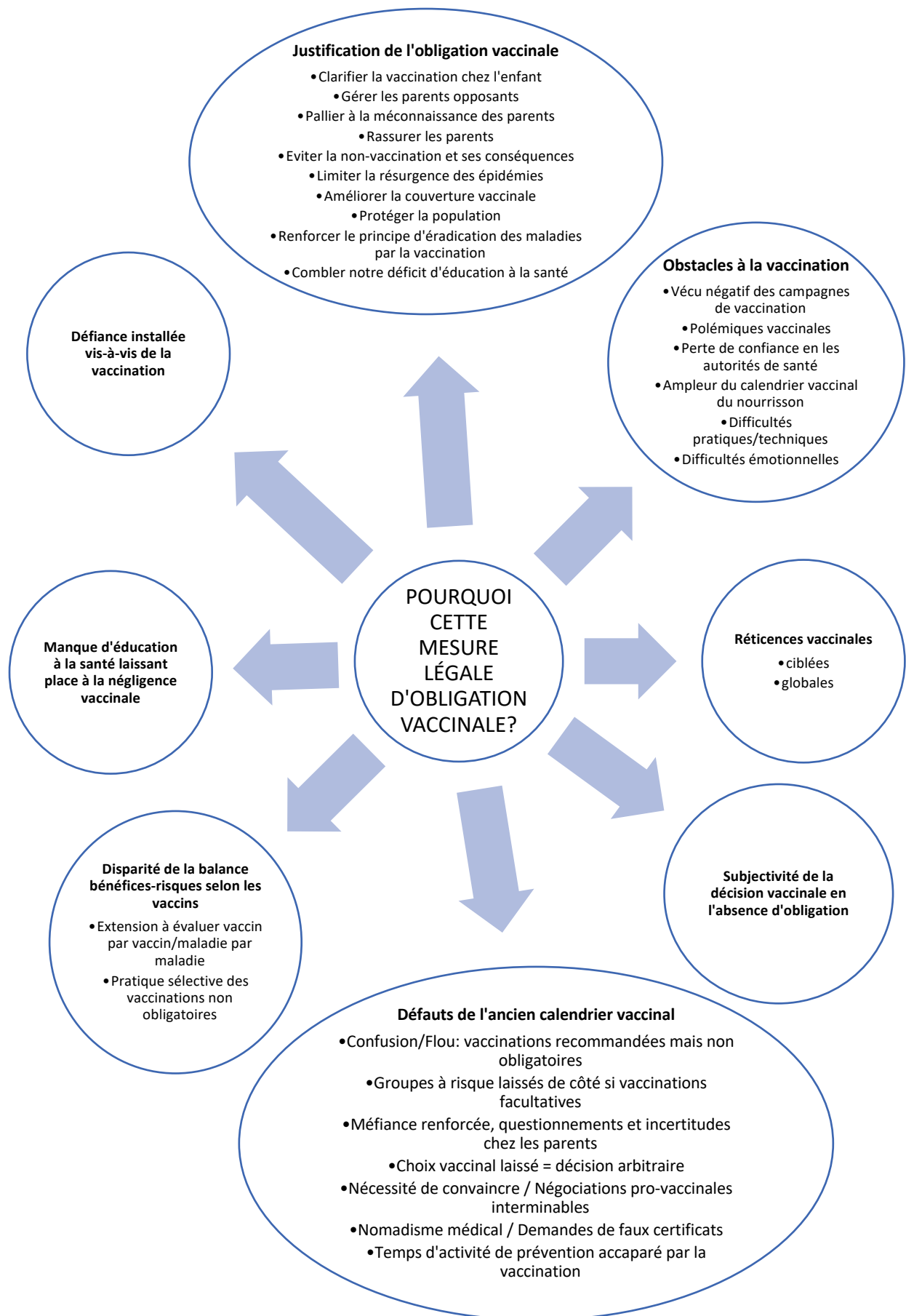


Figure 5 : Pourquoi cette politique d'obligation vaccinale ? Analyse du ressenti des médecins interrogés.

IV) DETERMINANTS DE L'HESITATION VACCINALE / INFLUENCES DANS LA DECISION VACCINALE

1) L'hésitation vaccinale est un phénomène récent

Un médecin s'est rappelé l'absence d'intérêt pour le sujet de la vaccination au début de sa carrière, une vingtaine d'années en arrière. Les médecins ont pu constater l'apparition progressive d'un climat de méfiance vis-à-vis de la vaccination et des politiques de santé en général.

Les vaccins cibles de l'hésitation vaccinale n'étaient pas toujours les mêmes, les médecins ont parfois ressenti comme un phénomène de mode.

E4 : *"quand je me suis installée, on n'en avait rien à foutre des vaccins donc tout le monde était content"*

E4 : *"la défiance est arrivée petit à petit"*

E10 : *"Oh y'a eu des modes "*

2) Caractère culturel de l'hésitation vaccinale

Un des médecins interrogés a considéré certaines réticences comme typiquement françaises, avec tout de même la possibilité de travailler dessus pour la majorité.

E13 : *"même s'ils sont Français ils peuvent être disciplinés parfois"*

3) Influence anti-vaccinale transmise par les parents

Un autre médecin interrogé a estimé qu'il y a clairement une influence du comportement anti-vaccin du parent sur son enfant.

E8 : *"si le parent est contre, le gamin va le sentir, il va plus réagir et ça ne va pas aider"*

4) Rôle des réseaux sociaux et d'internet dans l'opposition ou l'hésitation vaccinale

Pour certains médecins, la mise en lumière brutale par sa médiatisation de la nouvelle obligation légale a engendré des inquiétudes des parents vis-à-vis de la vaccination.

La diffusion des messages anti-vaccinaux par le biais d'internet et des réseaux sociaux est importante. Les médecins ont constaté dans leur pratique l'influence du mouvement anti-vax et s'accordent sur le fait que les publications anti-vaccinales ont un rôle dans le comportement des patients, les rendant hésitants voire opposés quant aux vaccinations de leurs enfants. Aussi, les médecins décrivent une réelle difficulté à apprendre à leurs patients à trier les informations tout-venants, émanant d'Internet et des réseaux sociaux justement.

E13 : *"C'est vrai qu'après la médiatisation de l'obligation, les parents arrivaient catastrophés en disant qu'il y avait 11 vaccins"*

E6 : "les gens sont noyés dans les informations des réseaux sociaux qui sont des informations qui ne sont pas ok"

E6 : "les gens arrivent avec des idées préconçues, et là de plus en plus, ça s'aggrave, « le voisin de la voisine m'a dit que... », voilà d'où sortent les informations"

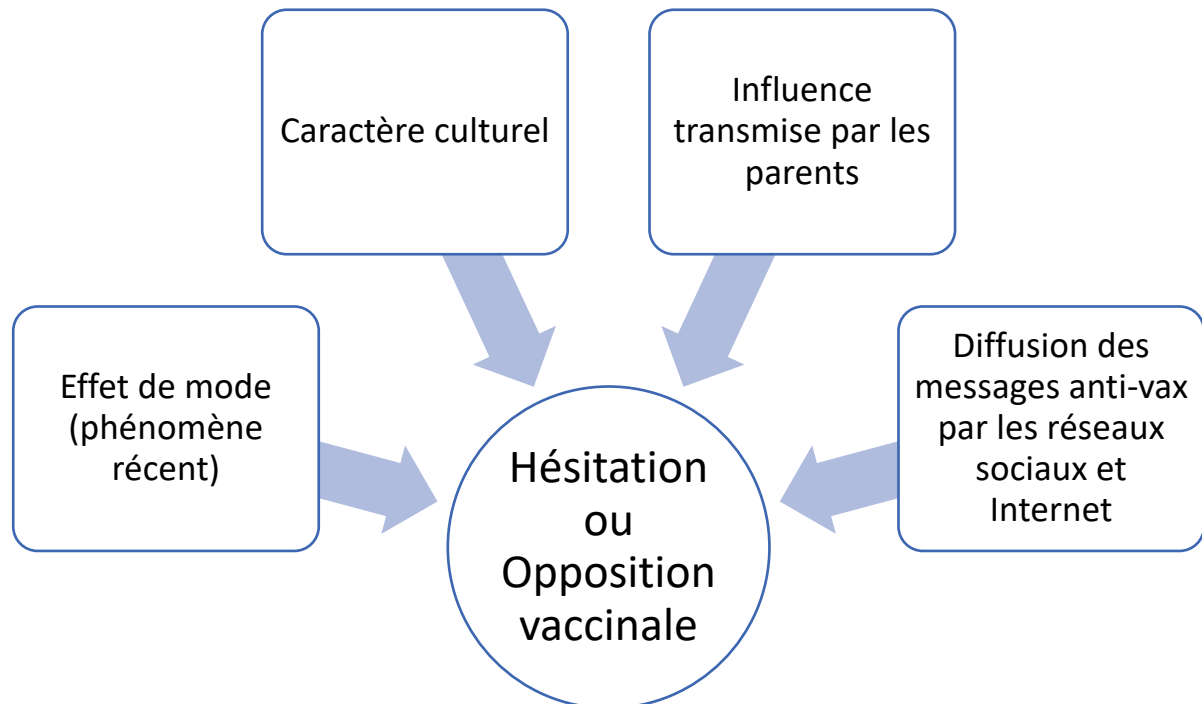


Figure 6 : Déterminants de l'hésitation vaccinale / Influences dans la décision vaccinale

V) REACTIONS ET ATTENTES VIS-A-VIS DE LA NOUVELLE POLITIQUE D'OBLIGATION VACCINALE

1) Efficienc e du nouveau calendrier vaccinal

Les médecins interrogés avaient des attentes vis-à-vis de la nouvelle politique vaccinale pour les aider à faire face à des difficultés rencontrées en pratique.

E2 : "*mais avant que ce soit obligatoire, il y avait des difficultés*"

Depuis l'instauration de la mesure, la grande majorité des praticiens disent avoir une pratique vaccinale facilitée et confortable.

E1 : "*J'ai l'impression que les vaccins passent mieux depuis que ça a été instauré*"

Ils jugent la mesure légale efficiente notant :

- Une diminution des réticences globalement depuis l'obligation vaccinale ;
- Une amélioration de l'acceptation de la vaccination, même chez les anti-vaccins ;
- Une nette diminution des débats médecin-parents depuis la mise en place de l'obligation vaccinale ;
- Une clarification/simplification apportée par le nouveau calendrier obligatoire à 11 vaccins ;
- Une atténuation des polémiques.

E4 : "*mais après au niveau de la pratique, ça nous a quand même simplifié les choses*"

E2 : "*moi j'ai l'impression que même ceux qui pouvaient être un peu anti-vaccin, avec le fait que c'est devenu obligatoire, c'est plutôt mieux*"

E4 : "*y'a plus de discussion, y'a beaucoup moins de débat, c'est obligatoire c'est obligatoire (...) on ne rentre plus dans des négociations infinies qu'on avait, qui prenaient du temps et étaient un peu difficiles*"

E12 : "*Mais je trouve que, quand même, ça prête moins à confusion (...) le fait que ce soit obligatoire moi je trouve que ça clarifie la situation*"

E13 : "*ça calme les rumeurs*"

Qu'ils ne s'en servent qu'en dernier recours ou plus largement, les médecins apprécient d'avoir à disposition un argument légal incontestable.

E7 : "*maintenant on a l'argument massue : c'est obligatoire*"

Grâce à la mesure d'obligation vaccinale, les médecins attendent et supposent une amélioration de la couverture vaccinale.

E2 : "*Et du coup, on va avoir une couverture vaccinale qui va être améliorée je pense, je suppose (...) je pense qu'en termes de ROR ça va être mieux et en termes de méningo C sûrement aussi. Et l'hépatite B aussi*"

2) Satisfaction du médecin du calendrier vaccinal obligatoire

Des médecins m'ont expliqué qu'ils étaient antérieurement dans l'attente d'une proposition des autorités de santé pour améliorer la couverture vaccinale.

E16 : *"On l'attendait, elle [la Ministre de la Santé] l'a fait "*

C'est donc logiquement que la majorité des médecins s'est montrée satisfaite de l'obligation vaccinale et m'a exprimé son adhésion à la nouvelle politique d'obligation.

E6 : *"Pour moi, c'est une bonne mesure"*

E4 : *"obtenir que ces vaccinations soient pratiquées sur les enfants, à mon avis c'est une bonne chose"*

Les praticiens m'ont aussi confié qu'ils étaient rassurés par la mesure d'obligation vaccinale. Et pour ceux qui faisaient déjà les onze vaccins, leur pratique antérieure se trouve confortée et donc renforcée.

Les médecins interrogés ont vraiment confiance en ce calendrier vaccinal, aussi parce qu'ils sont convaincus de l'utilité des 11 vaccins rendus obligatoires par la mesure.

E13 : *"le fait de dire que quelque chose est obligatoire c'est quand même rassurant"*

E15 : *"Ça conforte le travail qui est fait au quotidien. Ça le renforce"*

E8 : *" l'obligation actuellement qui concerne les enfants nés après le 1^{er} janvier 2018, je leur dis que de toute façon c'est une vaccination de bon sens, qui est légitime, qui est logique"*

3) Déception du médecin du cadre légal imposé à la vaccination

Quelques médecins étaient en désaccord avec la méthode légale utilisée pour favoriser la vaccination, déçus du recours légal utilisé pour obtenir que les vaccins soient pratiqués.

Un médecin regrettait absolument cette configuration loi + sanctions en cas de non-respect.

Un autre praticien jugeait ce passage par le cadre légal inutile.

E4 : *"par contre, l'obtenir par l'obligation c'est dommage"*

E11 : *"ça c'est vraiment pénible sur la forme"*

E17 : *"Je trouve que c'est dommage d'en arriver là"*

E14 : *"Je pense que finalement c'est inutile"*

4) Ressenti négatif du caractère légal obligatoire par les parents

Les médecins sont confrontés aux réactions des parents face à cette nouvelle mesure.

D'après les médecins qui les voient en consultation, certains parents réfractaires sont parfois plus rebutés par le cadre légal que par les vaccins eux-mêmes. Ils ont un sentiment de privation de liberté de choix.

E11 : *"ceux qui peuvent en avoir [des réticences] c'est surtout sur la forme plus que sur le fond"*

E11 : *"c'est plus le fait qu'il y ait eu la mention vaccination obligatoire, les gens se sentent imposer les choses sans avoir leur opinion à exprimer "*

5) Doute du médecin sur l'efficacité de l'obligation vaccinale

Certains médecins ont avoué leur à priori de départ négatif vis-à-vis de la mesure légale d'obligation. Leur crainte initiale était que l'obligation ne majore la méfiance et donc l'opposition des parents.

E1 : *"Au départ, j'étais un peu sceptique "*

E1 : *"j'avais peur que ça braque les gens"*

E4 : *"En pratique quotidienne, moi déjà je m'étais dit je vais acheter un casque lourd et une armure et en fait, je m'attendais à avoir des réflexions, des affrontements comme avant"*

E7 : *"très inquiète au sujet de l'obligation vaccinale, (...) que ça allait rendre les parents encore plus méfiants et plus suspicieux"*

Certains médecins émettent des doutes sur le bénéfice rendu par la mise en place d'obligations vaccinales. Selon eux, la loi pourrait ne pas être une réponse suffisante au problème de couverture vaccinale, et ne pas permettre une adhésion suffisante répondant à la nécessité de vacciner le plus grand nombre.

E14 : *"Contraindre oui, est-ce que ça va les aider je ne sais pas"*

E14 : *"Ce n'est pas ça qui va les faire changer d'avis"*

E14 : *"bien sûr que la loi c'est la loi mais je ne suis pas sûre que ça soit un argument majeur pour les convaincre"*

E14 : *"au bout du compte le but c'est quoi, c'est que chacun soit protégé et qu'au niveau de l'ensemble de la population ce soit aussi le cas, c'est le principe de la vaccination générale ; c'est que ça marche seulement si tout le monde est vacciné et la question c'est comment obtenir que tout le monde soit vacciné. Et je ne sais pas si un article de loi va répondre à cette question, à ce besoin-là"*

6) Persistance de l'opposition vaccinale malgré le nouveau calendrier obligatoire

Certains médecins craignaient une majoration des réticences par l'obligation légale. Ils s'attendaient à un échec de la mesure d'obligation légale sur les parents anti-vax, avec même une aggravation de leur opposition.

Ils sont fatalistes quant au fait qu'il y aura toujours des anti-vax, qui ne changeront pas de positions malgré la loi.

E14 : *"l'article de loi cible les minorités réfractaires (...) qui vont encore plus résister"*

E5 : *"Mais après tu auras toujours des gens contre"*

E14 : *"ceux qui sont farouchement contre, je ne suis pas sûre que ce soit la loi qui puisse faire basculer leur décision dans ce sens-là"*

En pratique courante, les médecins vivent parfois encore des débats avec les parents qui étaient opposés avant la mesure d'obligation et qui le sont toujours.

E17 : *"Les anciens patients avec qui on bataillait déjà, on continue de batailler"*

7) Remise en cause de la légitimité des vaccins obligatoires par le médecin

Même avant l'obligation légale mais à plus forte raison depuis, certains médecins se questionnent :

- sur la légitimité des vaccins rendus obligatoires ;
- sur l'intérêt de vacciner contre une pathologie guérissable par des traitements disponibles ;
- sur l'apparition de résistances et d'adaptations du virus méningé à la vaccination de masse contre le méningocoque C.

E12 : *"alors ouais je me pose toujours la question moi (...) puisque bon en plus maintenant on a des traitements qui peuvent être efficaces"*

E8 : *"je me pose toujours la question de la diphtérie et de la polio"*

E12 : *"le fait de vacciner beaucoup de monde, on disait à l'époque qu'il pouvait y avoir des variations de certains virus méningés"*

8) Réactions des parents à la nouvelle politique vaccinale obligatoire

Les médecins interrogés ont pu expérimenter des consultations de nourrissons de 0-2 ans depuis la mise en place de la nouvelle mesure.

Ils ont senti les parents qui amenaient leurs enfants parfois surpris par la nouvelle politique d'obligation vaccinale, parfois focalisés sur la vaccination à cause de la nouveauté que représente l'obligation légale.

E12 : *"On en a quelques-uns qui ont été un peu surpris des nouvelles obligations"*

E12 : *"ça les a un peu focalisés sur des choses qu'ils faisaient déjà naturellement et puis là ils se sont dit « mince pourquoi !?!? »"*

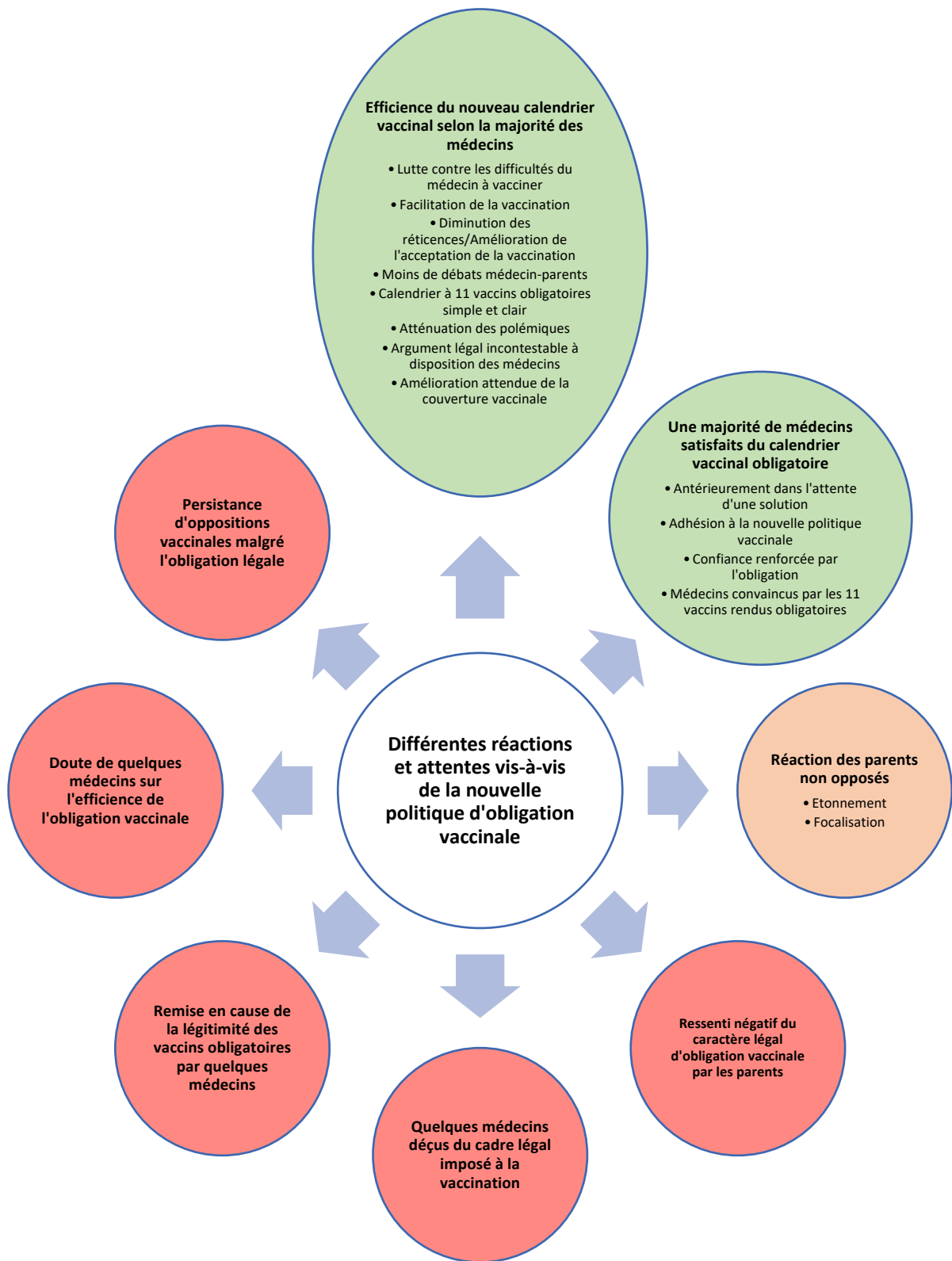


Figure 7 : Réactions et attentes vis-à-vis de la nouvelle politique d'obligation vaccinale

VI) LES PATIENTS FACE A L'OBLIGATION VACCINALE

1) Connaissance du nouveau calendrier vaccinal par les parents

D'après l'opinion majoritaire des médecins, il y a eu une bonne diffusion de l'information car les parents arrivent en consultation déjà au fait de la nouvelle politique vaccinale. Souvent l'information a été donnée en amont par la maternité.

E3 : *"Tous le savent déjà"*

E17 : *"ils arrivent informés. Pour toutes les naissances qu'on a eues depuis le 1^{er} janvier, ils étaient informés déjà"*

E13 : *"en général ils sont déjà informés par la maternité, par la sage-femme qu'il y aura des vaccins à faire obligatoirement"*

2) Méconnaissance du nouveau calendrier vaccinal par les parents

A deux reprises pourtant, des médecins pensaient au contraire que les parents manquaient d'informations sur le sujet de la vaccination, mettant éventuellement en cause une mauvaise stratégie de communication autour de la nouvelle politique vaccinale.

E6 : *" je trouve qu'ils ne savent pas"*

E11 : *"on est peut-être moins bons sur la communication..."*

3) Manque de compétences des patients

Les médecins, qu'il s'agisse de vaccination ou autre, ont évoqué un déséquilibre de niveau de connaissances entre médecins et patients.

A l'occasion de la nouvelle politique vaccinale, cette sensation des médecins s'est majorée. La population en général connaîtrait mal le service rendu d'un vaccin.

Globalement, les médecins constatent une mauvaise connaissance par les parents des vaccinations reçues par leurs enfants.

Parfois même, les praticiens pensent que le manque de connaissance du vaccin pourrait être à l'origine de réticences et d'oppositions vaccinales.

E9 : *"des fois on se retrouve à donner des explications scientifiques à des gens qui n'ont pas forcément non plus les compétences pour les comprendre"*

E15 : *"les gens en fait ne savent pas à quoi sert un vaccin"*

E13 : *"j'ai l'impression qu'ils ne savent pas dire ce que leur enfant a eu comme vaccin"*

E17 : *"Le méningocoque peut-être un petit peu mais parce qu'ils ne connaissent pas"*

4) Acceptation du calendrier vaccinal par les parents

Pour les enfants concernés par la nouvelle politique vaccinale, les médecins interrogés ont constaté une adhésion majoritaire des parents et donc une opposition clairement minoritaire. Depuis le 1^{er} janvier 2018, entrée en vigueur de la mesure, quelques médecins n'ont même pas encore rencontré en pratique de situation de refus de vaccination.

Les parents se montrent donc compliants, désireux de bien agir pour la santé de leurs enfants, comprenant l'importance de la protection vaccinale.

E18 : [la nouvelle politique vaccinale] *"au final, est bien passée"*

E7 : *"la plupart du temps, ça passe"*

E8 : *"Ceux qui sont vraiment dans l'opposition, c'est une minorité. (...) C'est une goutte d'eau"*

E5 : *"jusqu'à présent avec le nouveau calendrier, je n'ai pas eu un seul parent qui m'ait dit «bon je ne suis pas d'accord »"*

E1 : *"Les gens font bien vacciner leur enfant"*

E13 : *"ils savent que c'est la nécessité pour obtenir une protection pour leur enfant"*

La mesure d'obligation légale serait à l'origine d'une meilleure acceptation des vaccins et d'une diminution des réticences (globales et ciblées HB et ROR pour les principaux cités).

E1 : *"je pense que ça a amélioré l'acceptation aux vaccins"*

E10 : *"il n'y a pas trop de réticences avec cette mention obligatoire"*

Quand un médecin a évoqué un cas d'opposition vaccinale parentale, il me l'a présenté comme anecdotique.

E15 : *"J'ai le souvenir il y a peut-être deux ans d'une maman opposée qui m'a amené son bébé, donc on parle quand même d'il y a deux ans hein tu vois"*

Les praticiens interrogés ont aussi pu observer une différence entre les parents qui ont eu des enfants avant l'ère de l'obligation vaccinale (quand les vaccins étaient uniquement recommandés) et ceux qui sont devenus parents après le 1^{er} janvier 2018, date de la mise en place de la nouvelle politique obligatoire.

Il n'y a globalement pas d'opposition des nouveaux parents mais parfois des inquiétudes.

Alors que les parents qui ont déjà eu des enfants ont moins d'inquiétudes et la vaccination est facilitée quand les enfants aînés ont déjà été vaccinés sur le même mode.

E17 : *"les nouveaux parents qui viennent d'avoir des enfants, comme on leur dit que c'est obligatoire, ils bataillent moins. Ils le font parce qu'il faut le faire"*

E8 : *"c'est le deuxième par exemple, j'ai déjà vacciné les grands"*

E12 : *"Ceux qui ont l'habitude, ou qui ont déjà eu des enfants, on leur a déjà tout fait de toute façon donc ça ne change pas grand-chose"*

5) Responsabilisation du patient, acteur de sa santé (parents pour leurs enfants)

S'agissant de la vaccination, il existe une responsabilité importante des parents ou des représentants légaux, d'autant plus face à une obligation vaccinale légale.

E17 : *"La notion d'obligation c'est que les personnes sont un peu plus responsables"*

E16 : *"c'est le patient qui, en dernier recours, décide. Le patient ou son représentant légal : les parents si ce sont des enfants, des mineurs"*

6) Adaptations comportementales de certains patients à l'obligation vaccinale

Avant la nouvelle politique d'obligation vaccinale, les vaccinations recommandées étaient suivies par les parents compliants et non suivies par les parents anti-vax, qui ont dû s'adapter. Les médecins ont observé les comportements des parents qui sont contre la vaccination :

- Demande de faux certificat de vaccination
- Opposition passive : un des premiers marqueurs observés chez les familles anti-vaccins est le retard de vaccination de leur(s) enfant(s).

E12 : *"J'ai même une de mes patientes qui a voulu un jour que je marque dans le carnet de santé que les vaccins étaient à jour alors que ce n'était pas fait"*

E13 : *"je laisse traîner"*

E13 : *"Je pense que ceux qui ne sont pas forcément pour (...) ce sont ceux qui sont en retard dans leurs vaccins ou que c'est n'importe quoi, c'est leur technique d'évitement maintenant je pense"*

7) Fuite des anti-vax des consultations médicales depuis l'obligation vaccinale

Défiance majorée

La méfiance des familles anti-vaccin, qui se sentent diabolisées, s'est trouvée renforcée par la nouvelle obligation.

E4 : *"pour les familles en marge, ça les renforce quand même dans une grande défiance par rapport au système de soins "*

E4 : *"ils rentrent dans un discours où ils se sentent fichés, traqués"*

Enfants de familles anti-vax écartés du suivi pédiatrique

Les enfants d'anti-vax ont été éloignés de toute consultation médicale donc de tous les soins de suivi pédiatrique par leurs parents suite à l'obligation légale.

Les médecins se montrent inquiets de cette mise à l'écart des enfants de familles anti-vaccins.

Plusieurs médecins ont des situations concrètes d'exclusion des soins de suivi pédiatrique des enfants non vaccinés, de familles anti-vaccins qui consultent le moins possible.

Selon plusieurs médecins, ce phénomène de fuite des soins médicaux par les familles anti-vaccins a mal été anticipé et va être difficile à évaluer.

E4 : *"Par contre ce que j'ai constaté c'est que certaines familles qui refusent les vaccins deviennent plus réticentes à consulter"*

E4 : *"ça écarte certains enfants des soins, même pour le reste (...) depuis cette obligation vaccinale ils étaient très réticents à amener leur enfant chez le médecin"*

E4 : *"Ça par contre c'est plutôt inquiétant (...) c'est préoccupant"*

E8 : *"d'ailleurs, je suis en train de me dire que la dernière famille dont je parle, je ne les vois plus"*

E4 : *"je l'ai expérimenté 3 fois d'avoir clairement des parents qui m'expliquent qu'ils consultent à minima à cause de ça"*

E4 : *"Et ça on ne l'a pas examiné"*

E4 : *" je pense qu'en plus c'est très difficile à évaluer"*

Nomadisme médical

D'après les médecins interrogés, il existe un phénomène de nomadisme médical ; les familles anti-vaccins étant maintenant à la recherche d'un médecin laxiste ou compliant.

E11 : *"ce sont des gens qui consultent en fonction de comment ça se passe c'est-à-dire que s'ils viennent pour des certificats et qu'on leur fait la mention que les vaccinations ne sont pas à jour et qu'on leur explique, ben ils changent de médecin et ils vont voir quelqu'un qui est moins incisif et moins regardant sur le sujet"*

E4 : *"Une mère m'expliquait qu'avec cette obligation ça devient compliqué de trouver un médecin complaisant qui les suive"*

Tentatives d'esquive des parents anti-vax

Les médecins ont pu observer des stratégies d'adaptation des familles anti-vaccins pour essayer de contourner l'obligation vaccinale.

E4 : *"des enfants qui viennent systématiquement sans carnet de santé"*

E4 : *"fini par faire dire aux parents que s'il n'y a pas de carnet de santé c'est parce qu'il n'y a pas de vaccin dedans"*



Figure 8 : Observations faites par les médecins de leurs patients face à l'obligation vaccinale

VII) LES MEDECINS GENERALISTES FACE A L'OBLIGATION VACCINALE

1) Adhésion du médecin à la vaccination

Le recueil de données a révélé une adhésion grandement majoritaire des médecins, **à la vaccination de manière générale mais aussi à la nouvelle politique d'obligation vaccinale.**

Des médecins convaincus de l'intérêt et du principe de fonctionnement de la vaccination générale, de la balance bénéfices-risques établie des vaccins ainsi que de la mesure d'obligation vaccinale légale avec ces 11 vaccins rendus obligatoires.

Dans leur discours pro-vaccinal aux parents, ces médecins convaincus abordent la balance bénéfices-risques établie de la vaccination.

E16 : *"Moi je suis favorable à la vaccination, ultra favorable même"*

E3 : *"Je suis pour la vaccination et je l'ai toujours été"*

E7 : *"Moi j'étais assez catégorique sur l'intérêt de la vaccination de toute façon"*

E5 : *"je pense qu'un des progrès majeurs du XXIème siècle, c'est la vaccination"*

E5 : *"Et je pense qu'à l'heure actuelle, la balance bénéfices-risques de la vaccination est largement favorable à la vaccination"*

E16 : *"Je dis qu'il y a peut-être plus de risques à ne pas se faire vacciner"*

L'adhésion des médecins à la vaccination peut être renforcée par plusieurs éléments :

- **La littérature scientifique :**

E4 : *"j'ai vu un truc qui montrait que l'incidence était quand même bien moindre dans les pays qui vaccinaient la population entière"*

- **Le vécu personnel :**

E4 : *"j'ai vu quand j'étais gamine, des gamins de mon quartier qui avaient la rougeole, pas moi mais eux oui donc j'étais très très sensibilisée à ça"*

- **Le vécu professionnel :**

E12 : *"on a toujours un ou deux exemples d'enfants non vaccinés morts rapidement"*

- **La confiance en nos autorités de santé et leurs recommandations :**

E6 : *"ils nous avaient prévenus qu'il y aurait des cas, y'en a eu et nous on le confirme"*

E14 : *"ce qui se pratiquait déjà c'est issu des hautes autorités de santé"*

- **La nouvelle mesure d'obligation vaccinale légale elle-même :**

E16 : *"Elle a renforcé ma conviction"*

- **L'espoir d'éradication des maladies grâce à la vaccination :**

E12 : *"l'obligation nous permettra peut-être d'éradiquer quelques maladies comme la variole à l'époque"*

E4 : *"effectivement pour la majorité des gens ici ça n'a pas d'intérêt mais on n'est pas très loin de l'éradication"*

Pendant cette période qui suit la mise en place de la nouvelle politique d'obligation légale, certains médecins m'ont dit avoir une attention accrue pour vérifier les vaccinations.

E4 : *"en ce moment, je fais un peu de forcing pour vérifier"*

L'adhésion des médecins est donc extrêmement majoritaire. Ceci n'empêche pas parfois des questionnements, interrogations ou autres doutes, mais qui ne viennent jamais interférer dans le respect de l'obligation légale.

2) Adaptations comportementales du médecin à l'obligation vaccinale

Les médecins ont, eux aussi, dû s'adapter au nouvel aspect légal de la vaccination. Ils ont abordé les principaux changements depuis la mise en place de l'obligation légale.

Une nécessité d'auto-formation

Nécessité de se former sur cette nouveauté afin de mieux savoir l'expliquer aux parents de nourrissons nés depuis le 1^{er} janvier 2018.

Un médecin m'expliquait avoir fait la démarche avec sa collègue de lire les textes de lois pour connaître les tenants et aboutissants du caractère légal de cette nouvelle politique vaccinale.

E6 : *"on s'est renseignées nous pour savoir ce qu'il en était"*

Un changement de discours

En tout premier lieu, le discours est adapté au nouveau caractère légal de la vaccination.

Aussi, le médecin adapte son discours au patient auquel il s'adresse : il approfondit son discours pro-vaccinal avec des parents à l'écoute et à contrario, il n'engage pas de débat face à un parent buté.

Dès que nécessaire, et surtout face à des parents réticents, le médecin peut utiliser l'argument-massue de l'obligation légale.

E11 : *"ça m'a imposé le changement de discours, c'est surtout qu'on les informe déjà que c'est obligatoire"*

E7 : *"S'il est un peu réceptif et intéressé par ce que je lui raconte, j'insiste un peu"*

E13 : *"ça peut arriver quand les gens sont réticents de faire autant de piqûres de dire que c'est obligatoire"*

Un changement de perception de l'activité de vaccination :

Le comportement des médecins semble influencé par le cadre légal imposé à la vaccination.

E1 : *"c'est devenu obligatoire, il faut le faire"*

E7 : *"je pense que ça joue dans mon esprit de savoir que c'est obligatoire"*

Parfois des changements de comportements/adaptations comportementales

Un médecin s'est trouvé plus directif et intransigeant quant à la vaccination des nourrissons. Une rigueur accrue justifiée par l'engagement de sa responsabilité vis-à-vis de la loi.

E12 : *"C'est peut-être un peu dictatorial"*

E8 : "*Mais là (donc pour les enfants 0-2 ans), ça ne se discute pas*"

Sûrs de leur position en accord avec les dispositions légales, les médecins sont fermes au sujet de la vaccination obligatoire et opposent si nécessaire des refus catégoriques de suivre un enfant non-vacciné selon l'obligation actuelle.

Les médecins refusent, déontologiquement et légalement maintenant, de passer outre l'obligation vaccinale à la demande de parents opposés ; ceci quitte à perdre des patients.

E6 : "*c'est notre deal et très vite, si on voit qu'ils refusent toute vaccination, on dit que nous on n'est pas en capacité de soigner les enfants*"

E5 : "*le jour où ça arrivera, je dirais « vous irez vous faire soigner ailleurs »*"

E12 : "*moi je ne le ferai pas autrement quoi*"

E6 : "*on s'est accrochées et j'ai mis dans le carnet de santé « refus de la vaccination par les parents » et je ne l'ai plus jamais revue*"

Autre changement pour certains : des vaccinations qu'ils ne faisaient pas en pratique courante.

Le médecin acceptait parfois de négocier avec les parents avant la mesure obligatoire : exemples pris de la vaccination contre le méningo C ou de la vaccination contre l'hépatite B.

E12 : "*Donc là ça m'a obligé à le faire*"

E12 : "*y'a que le 11ème que des fois on pouvait éviter sur demande expresse contre l'hépatite B auquel cas on ne le faisait pas*"

De manière complémentaire à ses obligations vaccinales, des médecins ont émis des pistes d'amélioration de la couverture vaccinale, qu'ils ont déjà mis en pratique ou espèrent développer, qu'il s'agisse de vaccination du nourrisson ou de rappels :

- avoir des stocks de vaccins en amont et vacciner quand besoin est
- reprendre l'activité de médecin vaccinateur.

E6 : "*nous souvent on a plein de vaccins antigrippaux qu'on se fait avancer par la pharmacie et on vaccine en voyant les gens qui nous paraissent à risque*"

E15 : "*je pense que ça va se débloquer puisque l'ARS Nouvelle Aquitaine aujourd'hui est en train de nous permettre d'approvisionner, on n'a pas encore décidé ni quand ni comment mais c'est en voie de discussion là actuellement*"

3) Mise en difficulté du médecin par l'hésitation voire l'opposition vaccinale

Des difficultés préexistantes à l'obligation vaccinale

Les médecins interrogés avaient constaté une escalade progressive de la méfiance face aux vaccins sur les vingt dernières années. Ils devaient faire face à une augmentation du nombre de situations d'opposition, à des parents souvent mal informés.

Certains médecins luttaienent encore avant la solution apportée par l'obligation vaccinale, mais d'autres s'agaçaient, se décourageaient devant l'ampleur des débats à mener pour arriver à vacciner les enfants, s'épuisaient ou abandonnaient.

E4 : *"ça a commencé en 98 mais ça a commencé à devenir vraiment gênant vers 2000-2002 par-là, 2005 ça a commencé à être bien prenant, 2010 c'est le moment où j'ai commencé à baisser les bras"*

E6 : *"Là les gens arrivent avec des informations erronées et ils sont dans l'opposition"*

E2 : *"mais tu sais des fois c'est un peu agaçant, on peut avoir du mal"*

E4 : *"je m'étais mis à baisser les bras, à me dire j'en ai marre de vider la mer à la petite cuillère"*

Des difficultés au moment de la mise en place de l'obligation vaccinale

Certains médecins se sont retrouvés en grande difficulté face au mouvement anti-vaccin.

Ils ont aussi dû s'adapter aux craintes des parents concernant la nouvelle politique d'obligation vaccinale.

E6 : *"ça devient très compliqué"*

E11 : *"là c'est « bonjour docteur oui les 11 vaccins c'est obligatoire est-ce que vraiment machin», voilà c'est un peu la réticence qu'ils ont par rapport à l'obligation"*

Des difficultés actuelles malgré l'obligation vaccinale en place

Le refus de vaccination est qualifié par un médecin de croyance sans fondement, ce qui le rend d'autant plus difficile à combattre.

D'autant que le débat peut être potentiellement incessant face aux opposants, épuisant et n'aboutir à rien.

E8 : *"c'est énergivore parce qu'on explique ça d'une façon, d'une autre, et en face on a quelqu'un qui a une croyance, qui est persuadé d'un truc et ça n'avance pas (...) Et donc c'est indémontable, c'est compliqué"*

E12 : *"tu peux réexpliquer tout le temps à tout le monde tu auras toujours quelqu'un pour te donner des contre-arguments"*

E4 : *"souvent des affrontements stériles"*

Qu'ils fassent partie de minorités souvent réfractaires ou non, il reste à l'heure actuelle des parents opposés mettant en échec le médecin malgré son discours pro-vaccinal, ses explications et la réassurance proposée.

E9 : *"j'explique et après il y a certaines personnes qui ne veulent pas, qui refusent, des réfractaires qui resteront réfractaires"*

E11 : *"Ah pour celle-ci non, ça n'a pas fonctionné"*

4) Travail sur les représentations vaccinales du patient

Les médecins ont pu, en pratique courante, relever des inquiétudes chez les parents de nourrissons à vacciner :

- Crainte d'effets indésirables ou de maladies causés à leur enfant par la vaccination ;
- Crainte des effets indésirables des adjuvants des vaccins ;
- Inquiétudes quant à la précocité des vaccins dans la vie de l'enfant.

E7 : *"ils ont peur que ce soit dangereux pour leurs enfants ou autre"*

E8 : *"un père m'a envoyé récemment un courrier (...) comme quoi il fallait chercher le vaccin où il y avait le moins d'adjuvant"*

E7 : *"Y'en a un qui m'a dit « ah mais c'est quand même tôt 2 mois »"*

Les médecins généralistes sont partis de ces observations pour s'adapter à leurs patients et travailler sur les représentations qu'ils se font de la vaccination de leur enfant afin d'obtenir la meilleure compliance que possible.

Ce travail est basé sur plusieurs méthodes, souvent complémentaires :

- **L'écoute active des patients :**

E2 : *"J'essaie de les faire parler"*

E7 : *"déjà je leur demande pourquoi ils ne veulent pas"*

- **L'analyse des craintes et du refus des parents face aux vaccins**

E4 : *"j'essaie d'analyser leurs craintes pour savoir de quoi ils ont peur vraiment"*

E18 : *"Alors déjà je lui demande pourquoi il est contre et quels sont les éléments qui le font être contre"*

- **Une place laissée aux interrogations des parents :**

E8 : *"je demande s'il y a des questions par rapport à ça"*

- **La mise en application de l'entretien motivationnel :**

E2 : *"essayer de faire de l'entretien motivationnel en fait"*

E5 : *"les entretiens motivationnels c'est important"*

- **L'adaptation du discours aux freins de chaque patient, la recherche des leviers de l'opposition à la vaccination** pour donner des explications basées sur les connaissances des patients :

E4 : *"Pour démarrer de ce qu'ils savent"*

E11 : *"vraiment s'adapter à la peur qu'avaient les gens par rapport à l'obligation vaccinale"*

E7 : *"Pour savoir d'où on part"*

- **L'éducation de sa patientèle par le médecin, des explications et de la réassurance :**

E15 : *"je dirais en première ligne que c'est l'éducation des parents ou de la personne c'est-à-dire expliquer à quoi sert un vaccin "*

E15 : *"on explique à la maman que ça va bien se passer"*

- **L'anticipation des explications du déroulement complet du calendrier vaccinal, des éventuelles questions** = atout majeur pour améliorer l'adhésion à la vaccination :

E15 : *"Bon bref voilà c'est beaucoup en amont que ça fonctionne"*

- **L'argumentation en faveur de la vaccination :**

E7 : *"préparer ensuite les listes d'arguments qu'on sort à peu près à chaque fois "*

- **La remise en question des propos du parent et la recherche d'une incohérence dans son discours.** Plusieurs médecins ont pris l'exemple du tabagisme :

E2 : *"Mettre en relief une ambivalence"*

E12 : *"chez les fumeurs je leur dis qu'ils n'ont pas peur de fumer un paquet de clopes par jour mais que par contre se vacciner ils ont peur ce qui me semble un peu incohérent"*

- **La démonstration systématique reposant sur la littérature scientifique :**

E1 : *"Je leur fais chaque fois la démonstration"*

E1 : *"je dis qu'il y a autant de sclérose en plaques chez les vaccinés que chez les non-vaccinés"*

E13 : *"il n'y a pas de sur-maladies dans ces populations professionnelles donc ça apporte la preuve"*

- **Faire prendre du recul au patient :**

E18 : *"l'aluminium comparé à ce qu'on peut ingérer, manger dans la vie de tous les jours au final ce n'est rien du tout"*

- **Des explications sur les polémiques vaccinales passées et leur origine** remettant en cause l'imputabilité du vaccin dans l'effet indésirable qu'est la maladie (SEP pour HB) :

E1 : *"J'essaie de leur expliquer pourquoi on a pu croire à moment donné que ça pouvait provoquer des problèmes avec la sclérose en plaques"*

E16 : *"je leur explique qu'il n'y a pas d'argument scientifiquement prouvé entre les effets ou les maladies (...) et le vaccin mis en cause"*

- **Déconstruire le caractère affectif de l'opposition vaccinale :** induire un cheminement chez son patient, essayer de faire prendre du recul aux parents opposés pour qu'ils optent pour un regard objectif scientifique.

E14 : *"j'essaie de leur faire sentir qu'ils sont dans l'affectif"*

- **Réassurance des parents par la continuité de la même pratique vaccinale avec simplement une mention légale en plus :**

E14 : *"j'explique que ce n'est rien de plus que ce qui se pratiquait classiquement tout à fait officiellement et qui était recommandé, que c'est juste qu'on met une loi sur ce qui se pratiquait déjà"*

- **L'appui sur le vécu personnel de la bonne tolérance des vaccins d'un premier enfant :**

E13 : *"remis dans le contexte en disant que c'est déjà ce que leurs grands frères ont eu"*

E12 : *"ils avaient vu finalement que la première enfant n'était pas morte des vaccins qu'on lui avait fait"*

- **Démolir le message anti-vaccin véhiculé par les réseaux sociaux, déconstruire les croyances anti-vax établies :**

E18 : *"je veux démolir ces idées préconçues qui sont divulguées par les anti-vaccins là, j'essaie de les démonter une par une"*

- **Mentionner la gravité des maladies à prévention vaccinale et la possibilité pour un nourrisson d'être contaminé :**

E12 : *"il faut plutôt avoir peur des maladies pour lesquelles on vaccine"*

E7 : *"bon « oui mais il faut qu'il soit immunisé tôt parce que sinon il peut choper des maladies jeune aussi, il a le droit »"*

- **Référence à sa vie personnelle faite par le médecin** : la vaccination effectuée sur ses propres enfants est alors utilisée comme argument pour inciter des parents à la vaccination de leurs enfants.

E8 : *"de dire « moi je l'ai fait à mes enfants », quand quelqu'un a un micro-doute, voilà "*

E8 : *"que c'est ce que j'ai fait à mes enfants, bien sûr je leur dis toujours"*

E8 : *"on est sur du personnel qui va avoir une influence quand même sur une action thérapeutique derrière donc on a le droit"*

D'après les entretiens menés auprès des médecins qui ont mis en place ces méthodes en pratique courante, en ressortent deux groupes principaux :

- Majoritairement, des parents rassurés. Des parents dont les réticences sont facilement levées après le discours rassurant et explicatif du médecin.
- Minoritairement, des parents qui restent réticents ou opposés. Si tout ce que les médecins ont mis en place n'est pas entendu et accepté, la plupart accepte le désaccord du patient.

A ce stade-là, certains médecins essaient de préserver une relation médecin-parents-enfant et d'inciter à la vaccination à chaque consultation alors que d'autres stoppent net le suivi de l'enfant non vacciné selon l'obligation légale actuelle.

E11 : *"leur crainte s'est vite levée quand on leur explique un petit peu le pourquoi du comment et puis la réalité des faits quoi"*

E5 : *"S'ils ne sont pas contents, ce n'est pas un problème"*

5) Comportement vaccinal du médecin inchangé

Pour la grande majorité des médecins interrogés, la nouvelle politique d'obligation vaccinale n'a pas entraîné de changement dans leur pratique courante.

Avant ce passage à l'obligation légale, beaucoup effectuaient déjà les onze vaccins devenus obligatoires. Ils apprécient l'adéquation maintenant établie entre leur pratique et la loi.

De même, pas de changement notable pour le discours tenu quant à la vaccination, dans la pratique courante du médecin.

E3 : *"Il n'y a pas vraiment eu de changement, je vaccinai déjà largement, y compris par le méningo"*

E6 : *"On se calait déjà sur le schéma, surtout parce qu'on voit beaucoup de nourrissons, donc moins de 2 ans"*

E7 : *"Moi j'étais assez catégorique sur l'intérêt de la vaccination de toute façon"*

E8 : *"Aucun changement, nada, exactement"*

E14 : *"Finalement, ça n'a pas changé grand-chose"*

6) Situations de difficultés pratiques pour appliquer le calendrier vaccinal à temps

Certains médecins ont soulevé des difficultés en pratique pour parfois respecter le rythme du calendrier vaccinal de 0 à 2 ans. Notamment, parce qu'il n'est pas rare de devoir décaler la vaccination d'un nourrisson.

E6 : *"11 c'est déjà pas mal sur les deux premières années d'un enfant, des fois il nous arrive en pratique de ne pas pouvoir les caser, de les décaler encore et encore par rapport au schéma"*
E6 : *"parce qu'ils sont malades, ils ont les dents, ils ont 39 de fièvre"*

Parfois, la demande de certains parents réticents est de reporter le début des vaccinations, jugé trop précoce.

Les médecins s'adaptent, certains sont parfois conciliants, dans le compromis avec les parents, acceptant de débiter les vaccins plus tard pour réussir à les faire tout de même.

La finalité de vaccination effectuée est privilégiée par rapport au rythme établi du calendrier vaccinal obligatoire.

E17 : *"Souvent ils veulent différer en disant que les enfants sont trop petits"*

E17 : *"Donc on accompagne, et des fois on commence la vaccination à neuf mois, un an..."*

E17 : *"on leur donne le temps de se faire à l'idée que ce n'est pas catastrophique de vacciner un enfant"*

7) Délivrance d'une information scientifique par le médecin

Pour aborder la nouvelle politique vaccinale avec les parents, certains médecins font simple alors que d'autres ont un discours pro-vaccinal complet pour argumenter solidement.

Certains sont convaincus de l'importance de répéter leur discours pro-vaccinal pour aboutir à la vaccination de leurs patients.

E14 : *"Je reste simple"*

E18 : *"on leur fait un beau discours pro-vaccinal"*

E9 : *"J'essaie d'exposer un peu tous les arguments"*

E5 : *"Je pense que plus tu batailles, plus t'as des chances"*

Certains parents sont parfois demandeurs de plus de précisions.

A ce moment-là, les médecins font référence aux données scientifiques littéraires en faveur de la vaccination. Certains s'appuient sur les parutions de leur revue scientifique indépendante pour prouver l'efficacité de la vaccination et argumenter en sa faveur.

E4 : *"après j'essaie d'aborder avec eux les notions des publications, beaucoup (...) j'essaie de leur montrer les études faites à posteriori"*

E5 : *"j'imprime la page Prescrire d'il y a 3 ou 4 ans où ils avaient fait les inventaires statistiques"*

De la même manière que pour l'ensemble de leur pratique de médecine générale, les médecins ont dit se référer à la balance bénéfices-risques des vaccins pour prouver leur utilité. Le but final de délivrer ces informations scientifiques est d'éduquer ses patients (ici parents de jeunes enfants), les conduire à une réflexion au sujet de la vaccination.

E5 : *"Au quotidien, je parle balance bénéfices-risques des traitements et donc des vaccins"*

E15 : *"c'est l'éducation des parents ou de la personne c'est-à-dire expliquer à quoi sert un vaccin"*

E5 : *"c'est les amener à réfléchir (...) donc si tu batailles, au bout d'un moment ils vont arriver je pense à cheminer"*.

Ainsi, l'information délivrée sur la vaccination se veut la plus complète et claire que possible. Les médecins abordent donc plusieurs aspects de la vaccination avec les parents :

- La possibilité d'effets indésirables connus liés à l'acte de vaccination.
Avertir systématiquement des effets indésirables potentiels du vaccin, prévenir des effets secondaires attendus éviterait de braquer les parents contre les vaccins.

E5 : *"je dis qu'on ne fait pas d'omelette sans casser des œufs"*

E8 : *"quand je fais les vaccins, je présente les vaccins et après je présente les effets secondaires"*

- La balance bénéfices-risques établie et incontestable de la vaccination.

E5 : *"Au quotidien, je parle balance bénéfices-risques des traitements et donc des vaccins"*

- L'explication de ce qu'est l'aléa thérapeutique :

E5 : *"ça s'appelle l'aléa thérapeutique"*

E8 : *"quand y'en a qui lèvent un peu le sourcil, je leur dis qu'effectivement il peut se passer quelque chose après un vaccin mais que ça aurait pu aussi bien se passer sans. Il y en a même qui l'entendent ça que c'est une réaction immunitaire qui aurait pu se produire peut-être face à un autre antigène mais que c'est arrivé là quoi"*

- Les onze vaccins rendus obligatoires :

E3 : *"Si besoin de reprendre, je décris les 11 vaccins"*

E5 : *"D'abord j'explique très vite ce que sont les 11 vaccins"*

E8 : *"moi dès la consultation du premier mois, je leur explique ce que c'est, contre quoi ça protège"*

- Le rythme et le déroulé du calendrier vaccinal en vigueur :

E12 : *"Je leur déroule juste le calendrier et je leur explique ce qu'on va leur faire et à quel moment"*

E13 : *"je réexplique sur les 18 mois à venir on va dire le calendrier vaccinal"*

- L'absence de surcroît de maladie dans la population vaccinée :

E9 : *"disant qu'il n'y avait pas d'augmentation des pathologies auto-immunes par rapport à la population générale chez les patients vaccinés"*

E11 : *"en disant que les études n'ont pas montré de lien de causalité entre le développement des pathologies et puis les politiques de vaccination"*

- Les risques de la non-vaccination :

E12 : *"qu'il y a peut-être plus de risques à ne pas se faire vacciner"*

E4 : *"La polio j'en ai vu beaucoup quand j'étais enfant, je sais concrètement ce que c'est. Je parle de ça aussi avec les patients"*

Les médecins ont pour habitude de donner toutes leurs explications sur le calendrier vaccinal obligatoire de l'enfant de la même manière à tous les parents, compliants ou réticents.

Les parents reçoivent donc quasiment tous une information précoce au sujet du calendrier vaccinal obligatoire, dès la première consultation du nourrisson.

Puis plusieurs médecins m'expliquaient qu'ils renouvellent leurs explications à propos des vaccins au moment où ils les effectuent.

E7 : *"quand il s'agit de nourrissons, dès la première consultation, je sors le carnet de santé et je leur montre tous les vaccins qu'on va leur faire dans les deux premières années"*

E8 : *"Je leur explique à la fois quand je les prescris au premier mois et ensuite avant de les faire, je leur redis"*

8) Responsabilité du médecin engagée par l'obligation légale

Les médecins ont bien conscience que l'obligation légale s'applique autant à eux qu'aux parents.

Pour le médecin, l'obligation réside dans le fait de proposer la vaccination et d'y inciter.

Les médecins sont donc aussi soumis à la mesure légale avec risque de condamnation en cas de non-respect ; ils l'expliquent parfois aux parents.

Ils doivent se protéger donc tout refus de vaccination est inscrit dans le carnet de santé.

E7 : *"Nous on est dans l'obligation de vacciner les enfants et de leur proposer la vaccination"*

E12 : *"tu peux leur dire carrément que si on ne le fait pas on est condamnés"*

E12 : *"notre position se défend d'autant plus"*

E11 : *"j'avais noté dans le carnet de santé et puis moi dans le dossier qu'il y avait un refus de ces vaccinations-là"*

9) Transposition à la vie personnelle du médecin

Le médecin, comme n'importe quel individu de la société, est aussi un patient qui reçoit des vaccinations selon le calendrier vaccinal établi. Ainsi, les recommandations passées, les obligations actuelles, s'appliquent à lui et à ses propres enfants.

Les vaccinations du médecin

A chaque entretien, j'interrogeais un médecin dont les propres vaccinations étaient à jour.

E15 : *"Ah oui !"*

E6 : *"y compris la grippe"*

Les vaccinations des enfants des médecins

Ma question recevait des réponses d'évidence quant à la vaccination de son propre enfant par chaque médecin interrogé.

Un médecin me précisait aussi poursuivre avec rigueur le suivi des rappels vaccinaux de ses grands enfants.

E5 : *"Bien sûr, je les ai fait vacciner pour les vaccinations qui étaient recommandées à l'époque puisqu'il n'y avait pas d'obligation"*

E10 : *"Ah oui oui. Il est piqué pour tout"*

E15 : *"même à leur âge, ils sont âgés les miens mais on veille à ce qu'ils fassent tous leurs vaccins"*

Les comportements et choix vaccinaux du médecin dans sa vie personnelle (pour lui et pour ses enfants) sont influencés par :

- Le vécu personnel des maladies graves contre lesquelles on vaccine :

E5 : *"moi je suis de la génération où j'ai eu des copains avec la polio"*

E5 : *"je suis de la génération où autrefois, j'ai vu des rougeoles, des oreillons (...) quand on a vu de ses yeux vu et vécu, on est convaincu"*

E5 : *"Moi je l'ai chopé deux fois la grippe, la vraie"*

E4 : *"je leur ai fait l'hépatite B (...) justement parce que j'en ai eu une moi (...) c'était le début des années 80 et les aiguilles n'étaient pas à usage unique et j'ai donc attrapé une hépatite B lors d'une vaccination en Afrique où j'ai grandi"*

E6 : *"moi j'ai une expérience de mon fils qui, à 5 ans, a eu une vraie grippe et a eu un syndrome de Guillain-Barré quand même donc je n'ai pas joué 2 années de suite"*

- Le vécu professionnel d'une épidémie ou de cas de patients subissant des conséquences de leur non-vaccination :

E6 : [la grippe H1N1] *"Moi j'ai été au milieu (...) Ce n'est pas une illusion d'esprit, nous on a été confrontés"*

E5 : *"Gardasil, j'ai une patiente qui a 35 ans, qui a un cancer du col de l'utérus et elle voudrait faire vacciner ses enfants garçons et elle a fait vacciner toutes ses filles et moi aussi"*

10) Exemplarité du professionnel de santé

Les médecins interrogés estiment qu'ils doivent être exemplaires donc appliquer les recommandations et obligations vaccinales à eux-mêmes et à leurs proches s'ils veulent être cohérents et écoutés. Ils sont rigoureux au sujet de leurs propres vaccinations.

Aussi, certains sont exaspérés du peu de vaccination antigrippale des professionnels de santé.

E6 : *"Ah oui, ça moi je suis à cheval"*

E5 : *"que les professionnels de santé ne se fassent pas vacciner, je trouve ... Pfff"*

11) Échanges entre soignants au sujet de la vaccination

On retrouve deux principaux modes d'échanges entre professionnels de santé :

- **Les réseaux sociaux.** Plus encore depuis la mesure d'obligation légale, la vaccination est un sujet de discussion entre soignants sur les réseaux sociaux auxquels participent des médecins.

E4 : *"il y a beaucoup d'échanges entre soignants sur Twitter"*

E4 : *"on a eu un questionnaire à un moment avec un groupe de médecins et de sages-femmes"*

- **La confrérie locale** : à l'échelle d'une MSP et/ou d'un secteur ou d'un territoire de santé.

Un médecin me disait discuter entre confrères d'un même territoire autour du sujet de la vaccination. Le travail en MSP permet aussi cet échange facilité entre confrères.

E7 : *"Je discute assez régulièrement avec une pédiatre avec qui on fait des repas pour faire de l'information 2 fois par an"*

E13 : *"Le fait d'être en maison de santé on en reparlait régulièrement ensemble (...) on se reposait des questions justement à propos des vaccins non obligatoires"*.

12) Décision médicale partagée

Partager la décision médicale, œuvrer ensemble vers le même but, c'est l'alliance thérapeutique idéale vers laquelle essaient de tendre tous les médecins dans leurs relations avec leurs patients.

Depuis la mise en œuvre de la nouvelle politique vaccinale, les médecins trouvent leurs relations avec les parents d'enfants à vacciner satisfaisantes.

Ainsi, la décision médicale partagée est là pour préserver la relation médecin-parents-enfant. Souhaitant ne pas imposer la vaccination, les médecins refusent de faire figure d'autorité, de prendre un positionnement paternaliste directif.

La décision médicale partagée c'est un médecin qui propose la vaccination et y incite en délivrant une information claire puis une décision vaccinale par les parents.

Les médecins accordent souvent un temps de réflexion nécessaire aux parents.

Au total, quasiment tous les médecins interrogés me disaient laisser le libre choix final aux parents ou représentants légaux des enfants concernés.

E8 : *"à la rigueur, je m'associe plus avec le patient"*

E9 : *"j'essaie de ne pas non plus être trop virulent et d'imposer un choix"*

E11 : *"le but étant non pas d'imposer aux gens la vaccination contre leur volonté"*

E9 : *"Je les laisse quand même réfléchir à tout ça"*

E16 : *"Mais bon après c'est le patient qui, en dernier recours, décide. Le patient ou son représentant légal : les parents si ce sont des enfants, des mineurs"*

13) Préservation du lien médecin-malade

Tous les médecins souhaitent la meilleure relation médecin-malade possible ; en l'occurrence médecin-parents-enfant.

Pour cela, plusieurs comportements m'ont été décrits par les médecins interrogés :

- Une disponibilité pour les parents en cas d'effets indésirables du vaccin (SAV médical),
- L'évitement de situations d'affrontements/de conflits avec les parents anti-vax.

E8 : *"mais vous me tenez au courant si ça arrive"*

E2 : *"j'essaie de ne pas rentrer en opposition, de ne pas rentrer en résistance"*

E14 : *"le fait de l'aborder comme ça, sous un angle simple et pas une contrainte, je pense que ça passe bien"*

14) Promotion de la vaccination dans les populations à risque

A l'évocation de l'idée d'élargir les obligations vaccinales, les médecins estiment que la priorité revient d'abord aux vaccinations obligatoires chez tous les patients cibles avant de penser aux vaccinations non obligatoires.

E5 : *"Déjà je pense qu'il y a le chantier de vacciner ceux qui doivent l'être (...) s'il faut en plus proposer des vaccinations qui ne sont pas au calendrier vaccinal..."*

Malgré tout, un effet positif des stratégies pro-vaccinales a pu être observé, même sur les vaccinations non obligatoires.

Plusieurs exemples à cela :

- maintien du discours pro-vaccinal envers les acteurs exerçant en collectivité dans le domaine de la petite enfance par le médecin de crèche ;
- vaccinations non obligatoires ciblées des personnes âgées ;
- constat d'efficacité des campagnes de promotion de la vaccination chez les enfants à risque pour la grippe. En accord avec cette pratique de la CPAM, les médecins ont souligné l'importance et l'efficacité du courrier annuel de rappel adressé aux populations cibles pour faire la vaccination contre la grippe, qui a aussi permis une prise de conscience de l'importance de la vaccination antigrippale par les parents d'enfants avec des facteurs de risque et donc un déclenchement de la démarche de vaccination pour l'enfant concerné.

E4 : *"Pour les adultes qui bossent en crèche, (...) c'est comme ça que le sujet arrive sur le tapis"*

E6 : *" les gens à risque, notamment par exemple à l'EHPAD, où nous avec ma collègue on gère quand même 70 patients, ils sont tous à jour (...) à partir de 70-75 ans ils sont un peu oubliés dans le schmilblik et puis on oublie"*

E6 : *"Il faudrait regarder les chiffres mais je pense que dans les 5 dernières années, moi je dirais qu'on a plus 80% sur les enfants asthmatiques à risque de vaccination de grippe, c'est bien"*

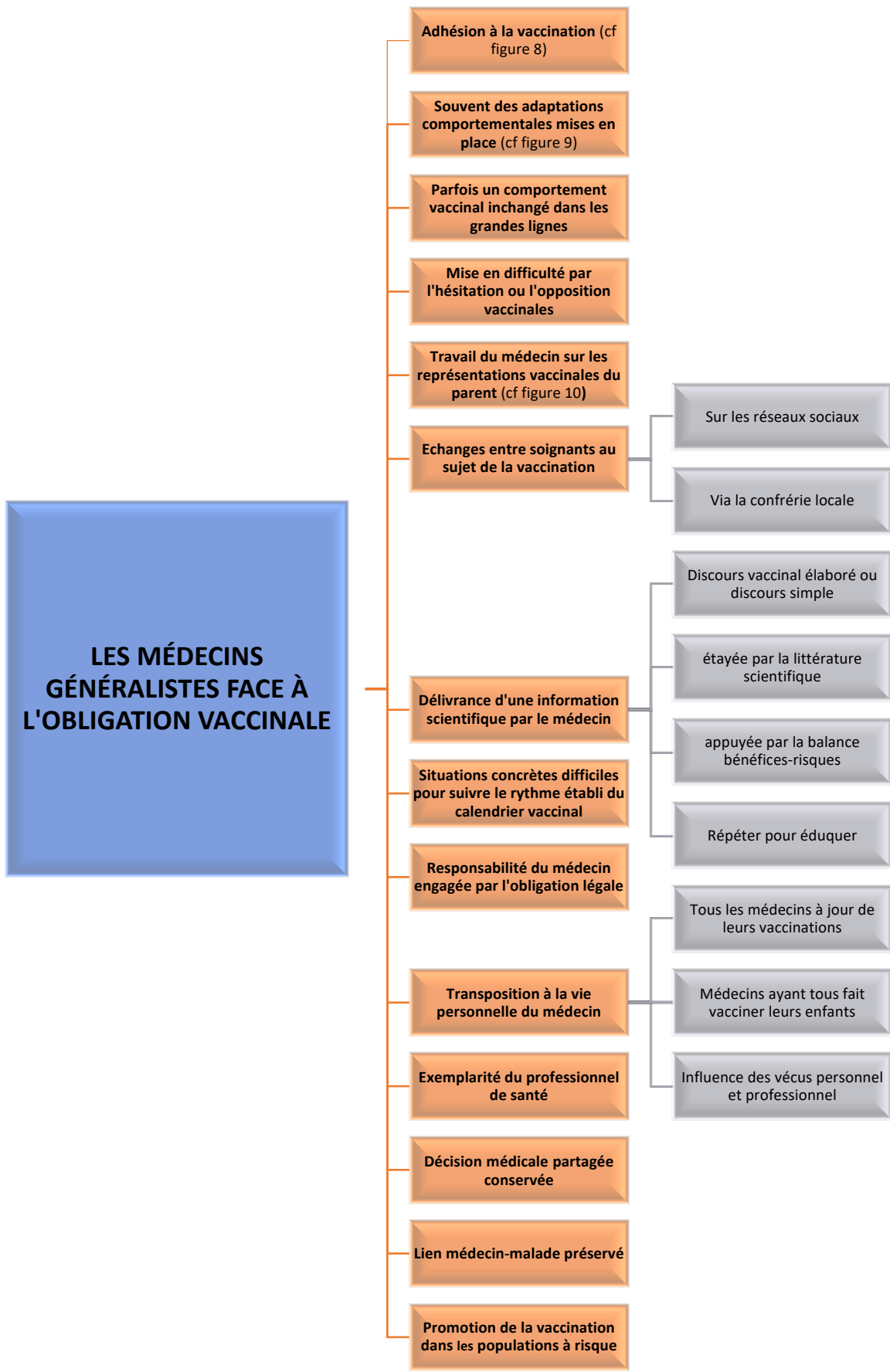


Figure 9 : Comportements des médecins généralistes face à la nouvelle politique vaccinale



Figure 10 : Zoom sur l'adhésion des médecins généralistes à la vaccination

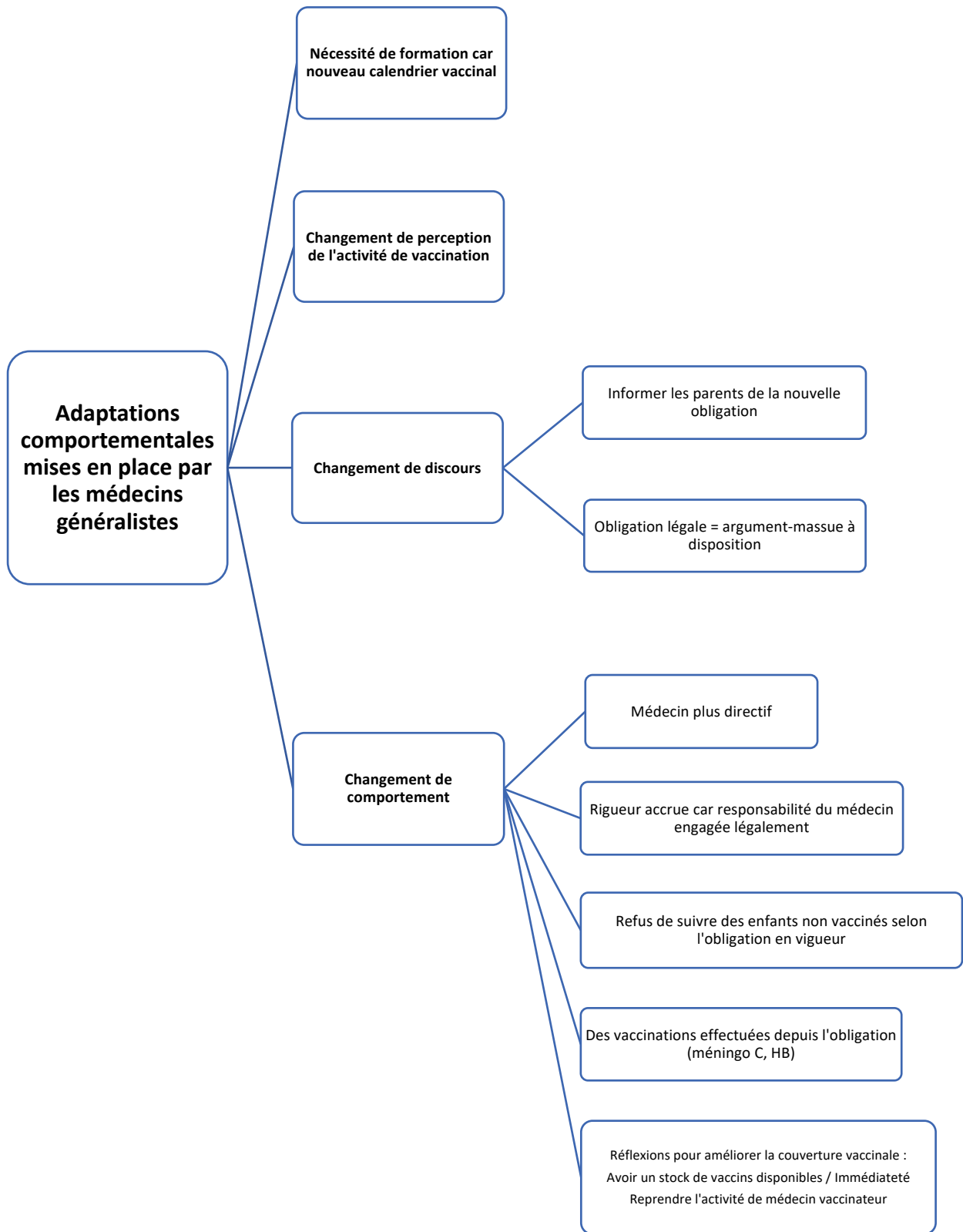


Figure 11 : Zoom sur les adaptations comportementales mises en œuvre par les médecins généralistes depuis l'application de la mesure légale



Figure 12 : Zoom sur les axes de travail du médecin sur les représentations vaccinales des patients

VIII) PRISE EN CHARGE PLURI-PROFESSIONNELLE DE LA VACCINATION AVEC LE MEDECIN GENERALISTE POUR ACTEUR CENTRAL

1) Rôle central du médecin généraliste et ses outils

Tous s'entendent sur le fait que le rôle majeur du médecin généraliste dans la vaccination et les actions de prévention est évident, et remis en lumière par l'arrivée de la nouvelle politique d'obligation vaccinale.

Le médecin généraliste doit être au cœur du processus de vaccination de son patient : pour centraliser toutes les données y attrayant, pallier au défaut de traçabilité, éviter la perte d'information et la dissolution de l'information vaccinale liée à la potentielle multiplicité des intervenants pour la vaccination d'un même patient.

E6 : *"je trouve que c'est bien aussi de remettre le médecin généraliste à son rôle de prévention et de vaccination"*

E6 : *"nous sommes les seuls à regrouper toutes les informations d'un patient, qui essayons du moins"*

E15 : *"quand on prescrit le vaccin, les gens (...) le font faire par ou le voisin de palier, ou la voisine de palier qui est aide-soignante, infirmière, voire par de la famille et on ne le sait pas et on a aucune traçabilité"*

Les médecins s'astreignent à une grande rigueur dans la tenue des dossiers pour que les vaccinations de leurs patients soient systématiquement à jour. Ils ont mis en place des stratégies d'exercice médical sur leur logiciel métier pour éviter les oublis.

E5 : *"pour chaque dossier, à l'ouverture j'ai un post-it avec le prochain vaccin à faire (...) Ce n'est pas grand-chose mais j'essaie de me créer ça pour chaque patient"*

2) Confiance des patients dans les compétences du médecin généraliste

Pour beaucoup de médecins, la confiance que leur accordent leurs patients n'est plus à démontrer. Des familles entières font confiance, parfois aveuglément, à leur médecin traitant, qui gère entièrement la vaccination pour eux.

E13 : *"Ils ne décryptent pas trop et c'est vrai qu'ils nous font confiance"*

3) Rôle d'éducation à la santé du médecin généraliste

Selon les zones géographiques et leur démographie médicale, les médecins sont au centre de la prise en charge de nombreux enfants.

E6 : *"y'a pas tellement de pédiatres autour de là où on est, on est 2 femmes, on aime beaucoup recevoir les enfants"*

Les médecins ont constaté un manque de compréhension des familles sur la vaccination de manière générale. Ils considèrent donc avoir un rôle d'éducation de leur patientèle.

Certains médecins ont la sensation que l'accent est mis sur les vaccinations dans la petite enfance puis perdue de vue ensuite : c'est là que l'éducation à la santé prend tout son sens.

E13 : *"les gens n'y comprennent rien et ont besoin de prendre rendez-vous pour remplir des papiers d'inscription"*

E12 : *"ici on a des patients qui ont l'habitude, et les autres doivent savoir que nous tous on vaccine et qu'on est pour"*

E13 : *"on donne tout les premières années et qu'après ça se délite un peu, on perd au fil du temps"*

Pour le cas particulier du HPV, plusieurs autres médecins regrettent l'absence de consultation de prévention sexuelle, pour les garçons et les filles, pour apporter des informations sur la vaccination anti-HPV, la sexualité en général et éduquer les jeunes patients.

Plusieurs médecins imaginaient la valorisation de vraies consultations de prévention dédiées et rémunérées.

E16 : *"il y a besoin d'éducation sur le Gardasil et le Cervarix"*

E16 : *"Et il faudrait même créer des consultations de prévention et les rémunérer à leur juste valeur"*

4) Rôle des médias pour lutter contre l'hésitation vaccinale

A contrario de l'effet néfaste de la diffusion de messages anti-vax, les médias ont eu un effet positif en publiant les conclusions judiciaires qui excluaient le lien de causalité entre vaccin hépatite B et SEP.

E18 : *"le fait des médias de bien dire que c'est passé en justice et qu'il n'y a aucun rapport avec la sclérose en plaques ça a bien aidé"*

5) Prise en charge pluri-professionnelle de la vaccination

Le médecin généraliste

Le médecin a un rôle de coordination des vaccinations et de leurs rappels.

Les médecins interrogés considèrent que l'indication vaccinale doit être uniquement posée par le médecin, pierre angulaire du processus.

E13 : *"à nous d'y penser en tant que médecin"*

E6 : *"je considère quand même que c'est le rôle du médecin généraliste que de savoir qui il faut vacciner ou pas"*

Maillage de professionnels de la santé autour du médecin généraliste

Les médecins interrogés se sont montrés favorables à la pluri-professionnalisation autour de la politique vaccinale en vigueur.

Ils constatent l'existence de sources d'informations multiples par différents intervenants.

Ils sont favorables aux autorisations de vaccinations antigrippales par les infirmières et apprécient le temps qui leur est ainsi libéré pour gérer des pathologies aiguës.

Certains médecins ont évoqué à travers le sujet de la vaccination anti-HPV la possibilité pour les parents de prendre un deuxième avis médical auprès d'un confrère spécialiste avant de prendre une décision vaccinale.

E13 : *"en général ils (ndlr : les parents) sont déjà informés par la maternité, par la sage-femme qu'il y aura des vaccins à faire"*

E6 : *"Depuis que les infirmières peuvent vacciner c'est vraiment bien"*

E11 : *"après elles vont volontiers prendre une deuxième information chez le gynéco et puis voilà"*

Partant de là, des médecins envisageaient des pistes d'amélioration avec ouverture de la compétence vaccinale (vaccinations et suivi) à certains paramédicaux comme les infirmières de coordination.

E15 : *"il faudrait se poser la question aussi dans des cabinets comme les MSP ou autre, où il y a des infirmières ou des réseaux Asalée, de donner comme mission à Asalée en plus la mise à jour et la tenue des carnets de vaccination"*

6) Mise à jour continue des connaissances du médecin

La Formation Médicale Continue (FMC) est considérée par les médecins interrogés comme obligatoire et nécessaire, gage de bonnes pratiques sur la durée.

Tous les médecins mettent leurs connaissances à jour par différents moyens.

Certains font référence à leur revue scientifique, indépendante qui plus est, augmentant ainsi la confiance du médecin.

D'autres participent habituellement à des journées de FMC et l'ont fait pour le nouveau calendrier vaccinal.

Autrement, un médecin a fait référence à un reportage télévisuel à propos de la vaccination en Allemagne ; cette ouverture sur les pratiques européennes ou mondiales est importante pour sa pratique.

E10 : *"je suis lecteur de la revue Prescrire"*

E10 : *"je leur fais confiance dans ce qu'ils disent, dans leurs études"*

E5 : *"Le nouveau calendrier vaccinal, dès qu'il est sorti, je fais la formation, ça te permet de tout voir"*

E12 : *"un reportage intéressant l'autre soir sur Arte, (...) sur un monsieur en Allemagne (...) ils n'ont pas les vaccinations obligatoires comme nous"*



Figure 13 : Le médecin généraliste, pierre angulaire de la vaccination de ses patients

IX) L'AVENIR VACCINAL : FREINS A L'APPLICATION ET A L'EXTENSION DE LA POLITIQUE VACCINALE VS ADAPTATIONS ET PISTES D'AMELIORATION

1) Médecins enclins à l'extension de l'obligation vaccinale

A la question évoquant l'éventualité d'extension à d'autres obligations vaccinales à l'avenir, beaucoup de médecins se sont montrés favorables, pour plusieurs raisons différentes :

- Parce qu'ils jugent les vaccins bénéfiques ;
- Par leur confiance en les autorités de santé ;
- En faisant référence aux pratiques d'autres pays en matière de vaccination obligatoire.

Un médecin disait attendre de futures obligations si nécessaire et s'y conformer le cas échéant.

D'autres médecins se disaient favorables en cas de preuves établies par la balance bénéfices-risques.

E5 : *"tu sais qu'en Allemagne ils vaccinent contre le papillomavirus"*

E17 : *"Je pense que oui ça pourrait être utile"*

E5 : *"Moi je fais confiance aux autorités de santé"*

E9 : *"si on établit que toujours la balance bénéfices-risques est favorable ben oui"*

Ensuite, à cette même question d'extension de l'obligation vaccinale à d'autres vaccins qui ne le sont pas actuellement, certains médecins ont détaillé vaccin par vaccin.

Certains étaient favorables à la généralisation de l'obligation vaccinale contre le méningo B, beaucoup à la généralisation de l'obligation vaccinale anti-HPV, les deux pour certains.

E2 : *"à mon avis, le méningo B je serais plus partisan de le généraliser"*

E1 : *"Y'en a un qui serait bien s'il était obligatoire, c'est le HPV !!! (...) Filles et garçons"*

E3 : *"Le méningo B et le Gardasil oui"*

2) Évaluation totalement indépendante de la balance bénéfices-risques des vaccins

Dans cette période où la vaccination est devenue un sujet extrêmement délicat, et où les médecins doivent justifier auprès des parents pourquoi les onze vaccins sont obligatoires, plusieurs médecins ont revendiqué leur indépendance.

E10 : *"je suis lecteur de la revue Prescrire"*

E5 : *"je ne reçois pas la visite médicale depuis 20 ans"*

3) Extension vaccinale guidée par la balance bénéfices-risques

Une seule et unique règle claire : quand il a été question de se prononcer sur l'éventualité d'extension des obligations vaccinales, quasiment tous les médecins m'ont expliqué se référer systématiquement à la balance bénéfices-risques.

E5 : *"Le jour où on me sort une étude qui montre que de vacciner contre le méningo B a un bénéfice, ça ne me posera aucun souci"*

4) Difficultés d'évaluation de la balance bénéfices-risques des vaccins

Quand le sujet d'extension de l'obligation à d'autres vaccins a été abordé, le principal obstacle pointé par les médecins était l'évaluation difficile de la balance bénéfices-risques de certains vaccins.

Et en l'absence de preuve formellement établie du service médical rendu, pas d'obligation vaccinale possible.

Pour établir ces preuves et rendre un vaccin obligatoire, il faut du recul.

Justement, les médecins considèrent qu'en France est tout particulièrement appliqué un principe de précaution.

E4 : *"avant de parler d'obligation je pense qu'il faut qu'on attende 10 ou 20 ans"*

E2 : *"Mais bon, nous on applique toujours le principe de précaution et tout ça mais après ce n'est pas plus mal"*

L'exemple revenu le plus de fois était celui de la vaccination anti-HPV.

A ce jour, les médecins sont dans l'attente car nous manquons de données scientifiques apportant la preuve d'efficacité du vaccin anti-HPV sur les cancers du col.

E2 : *"Et HPV, on n'a pas encore prouvé que les cancers aient diminué"*

5) Incertitudes sur l'intérêt de l'extension des obligations vaccinales

Quelques médecins se sont montrés plus sur la réserve à l'idée d'étendre les obligations vaccinales, pour deux raisons principalement :

- car il y a déjà beaucoup de vaccinations sur la période 0-2 ans ;
- parce que les médecins n'ont pas toujours une idée du service rendu d'un vaccin à ce jour non obligatoire.

E6 : *"Alors déjà je trouve qu'en 2 ans pour les petits nourrissons, ils ont déjà 11 vaccins, c'est déjà pas mal (...) Donc si on multiplie les vaccins, je pense que ça nous mettra en difficulté parce que du coup on n'arrivera pas à les faire"*

E4 : *"Méningo B, ben je ne sais pas, je n'ai pas d'idée"*

6) Augmentation de la couverture vaccinale par la multivalence

La grande majorité des médecins a constaté une meilleure vaccination ces dernières années contre l'hépatite B, même avant l'obligation vaccinale légale.

Quand il ne s'agissait pas pour eux d'une conséquence positive de l'apaisement des polémiques vaccinales, excluant le lien de causalité SEP et vaccination HB, les médecins l'ont attribué au conditionnement du vaccin hexavalent.

E2 : *"mais maintenant qu'il y a le vaccin hexavalent, c'est vrai que l'hépatite B c'était mieux"*

7) Acceptation de certains vaccins non obligatoires par les parents

Il est à noter que les médecins ont pu constater en pratique une adhésion des parents à certains vaccins non obligatoires, au premier rang desquels était cité le vaccin contre le HPV : adhésion importante après explications et temps de réflexion accordé aux parents et à l'adolescente.

E15 : *"souvent on fait la prescription, les gens disent « à réfléchir » et en fin de compte ils reviennent"*

8) Inégalités d'accès aux vaccins non obligatoires

Pour autant, à la question de rendre d'autres vaccins obligatoires, plusieurs médecins ont jugé impossible d'étendre l'obligation à des vaccins non remboursés.

Les médecins constatent des difficultés d'accès à certains vaccins de par la précarité financière justement chez les patients cibles.

E8 : *"on ne peut pas obliger les gens à acheter quelque chose si ce n'est pas remboursé donc ça s'arrête là"*

E8 : *"Ceux qui en auraient le plus besoin du vaccin contre le rotavirus, c'est toujours pareil, ce sont ceux qui ne pourront pas le payer"*

9) Vaccination à intégrer dans une démarche globale de prévention

Pour beaucoup de médecins interrogés, puisqu'elle est essentielle et fait partie de la prévention de la santé, la vaccination doit être totalement intégrée au sein d'une consultation pour n'importe quel autre motif.

E16 : *"C'est un des chapitres très important de la prévention"*

Certains médecins seraient favorables à l'instauration de consultations dédiées à la prévention. L'exemple typique donné a été celui d'une consultation globale dédiée à la santé sexuelle, pour filles et garçons, qui permettrait entre autres d'aborder la vaccination anti-HPV.

E16 : *"mais ce vaccin je le vois plus dans une prise en charge globale de consultation de prévention des MST, première contraception, risque sexuel, toutes ces choses-là"*

10) Utilisation du carnet de vaccination électronique (mesvaccins.net)

Plusieurs médecins m'ont expliqué qu'ils utilisent déjà comme support le carnet de vaccination électronique **mesvaccins.net**.

Ils sont convaincus de la grande utilité de cet outil qui a tout pour faire partie intégrante de l'avenir de la vaccination : centralisation des informations, pas de perte d'informations, plus de sécurité, il permettrait de pallier au manque de traçabilité, avec un accès possible des différents intervenants.

E5 : *"Moi tous les vaccins, je fais le carnet de vaccination électronique"*

E15 : "le carnet de vaccination électronique, c'est l'outil indispensable (...) mes vaccins.net devrait être obligatoire"

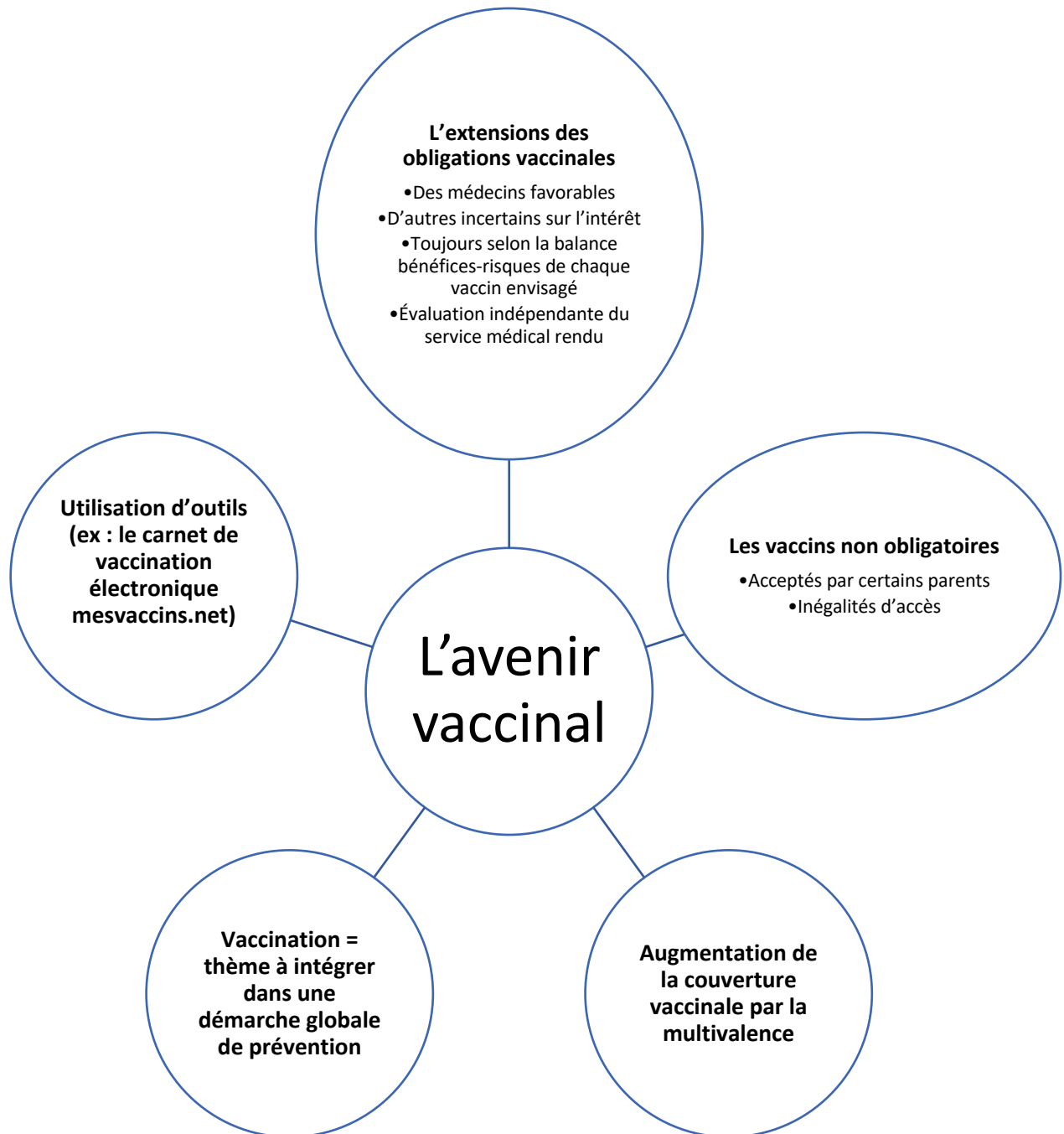


Figure 14 : L'avenir vaccinal : freins à l'application et à l'extension de la politique vaccinale versus adaptations et pistes d'amélioration

DISCUSSION

I) VALIDITE INTERNE DE L'ÉTUDE

Ma question de recherche était de décrire le ressenti des médecins généralistes interrogés depuis la mise en place au 1^{er} janvier 2018 de la nouvelle politique d'obligation vaccinale et de déterminer si ces mêmes médecins généralistes avaient mis en place des adaptations comportementales en pratiquant avec le nouveau calendrier vaccinal obligatoire.

1) Les forces de cette étude

La méthodologie :

Notre thèse qualitative s'appuie sur une méthodologie solide, vérifiée à l'aide de la traduction française des lignes directrices COREQ pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative (*Annexe 8*) [24].

Les entretiens :

Nous avons choisi de réaliser des entretiens semi-dirigés. Ce type d'entretien favorise la mise en confiance du médecin interrogé, la liberté d'expression et l'approfondissement des idées. Malgré le dynamisme que des focus group auraient pu apporter, nous avons éliminé cette méthode à cause de la crainte de jugement des médecins interrogés par leurs pairs sur un sujet aussi polémique que la vaccination.

Aucun problème technique n'est survenu lors des enregistrements donc aucun moment d'intervention n'a été perdu.

L'analyse :

La méthode par théorisation ancrée choisie pour l'analyse permet d'explorer le ressenti des médecins interrogés sans y appliquer d'hypothèse de départ et offre la possibilité à de nouvelles idées d'émerger.

Elle est reconnue comme performante en analyse qualitative [25,26].

J'ai réalisé une retranscription fidèle mot pour mot des entretiens donc il n'y a eu aucune déperdition de données.

L'analyse par double encodage et la triangulation des données sur les codes litigieux par le directeur de thèse (à deux reprises) sont aussi gages de travail de qualité.

Une saturation théorique des données a pu être obtenue en 18 entretiens.

Après le 16^{ème} entretien, les 2 derniers ont permis de s'assurer de l'absence de nouvel élément majeur.

Un échantillon riche recruté en variation maximale :

L'analyse de notre thèse porte sur un échantillonnage raisonné ; les critères d'inclusion et d'exclusion ont été défini au préalable.

Il n'y a pas eu de randomisation mais un recrutement en boule de neige à partir de 3 médecins désignés par le directeur de thèse.

L'originalité du sujet :

Un sujet résolument original du fait de l'actualité brûlante qui place la vaccination au cœur de nombreuses discussions et réflexions.

Le ressenti des patients au sujet de l'obligation vaccinale a déjà été abordé et décrit dans la presse publique et scientifique [27].

En revanche, si le thème de la vaccination et des pratiques des médecins généralistes vis-à-vis de la vaccination ont été régulièrement abordés avant la nouvelle ère vaccinale [28, 29, 30, 31], je n'ai trouvé qu'un seul travail de thèse quantitative étudiant les retentissements de la nouvelle loi vaccinale perçus par les médecins généralistes des Bouches-du-Rhône sur leur exercice quotidien [32].

2) Les faiblesses de cette étude

Au niveau de sa méthodologie :

Certains entretiens auraient peut-être mérité d'être enregistrés de manière présentielle pour permettre une analyse plus fine des données.

Il n'y a pas eu d'analyse non verbale ; la raison principale en est qu'en tant que thésarde enquêtrice, je n'étais pas formée à cet exercice. S'est ajouté à cela le choix de laisser aux médecins la possibilité organisationnelle de me répondre de manière présentielle ou téléphonique.

Comme l'évoquait un médecin interrogé et comme nous en avons discuté en établissant la méthode de ce travail, le recrutement en boule de neige peut entraîner un risque de recruter des médecins travaillant de la même manière car les médecins interrogés pourraient renvoyer vers des médecins avec la même philosophie et la même façon de travailler.

Mon directeur de thèse étant MSU, il m'a envoyé vers 3 MSU qui eux ensuite m'ont adressé à des confrères à la fois MSU et non MSU. La population des MSU est un peu particulière, très à jour des recommandations, et elle suit l'actualité, donc elle n'est pas forcément le reflet exact de toute la population médicale. Un rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) montre que les MSU sont une population de médecins particulièrement soucieuse de sa qualité de pratique [33].

Peu d'études ont évalué la représentativité des cabinets de médecins généralistes enseignants, maîtres de stage universitaire par rapport aux autres médecins. Il existe une étude transversale menée par 2 thésards en 2011-2012, soutenue en 2014, et portant sur tous les médecins libéraux exerçant en 2011 en région Rhône-Alpes. Leur population d'étude était composée de 4992 médecins généralistes, dont 623 MSU et 4369 non MSU, ayant pris en charge 8 198 684 patients, et les données ont été recueillies auprès de la Direction Régionale des Services Médicaux de l'Assurance Maladie de la région Rhône-Alpes pour les années 2011 et 2012. Selon cette étude, les MSU et leurs patients sont globalement représentatifs, et les MSU ont des performances plutôt meilleures.

Les MSU sont représentatifs des autres médecins généralistes pour le sexe, mais ils sont plus jeunes, plus souvent en milieu de carrière et exercent plus souvent en milieu rural. Leurs patients sont globalement représentatifs des patients consultant en médecine générale pour l'âge (en dehors d'une surreprésentation des nourrissons) et pour le statut d'ALD.

Les MSU ont une activité plus importante en termes de consultations et de gardes. Ils prescrivent plus souvent dans le répertoire des génériques, réalisent plus d'électrocardiogrammes, de frottis cervico-vaginaux, et moins de plâtres. Les MSU ont de meilleures performances dans le suivi du diabète, et à un degré moindre pour la vaccination antigrippale et les mammographies [34]. Aussi, il existe un impact démontré du statut de MSU sur l'image que les patients ont de leur médecin généraliste : le statut de MSU valorise l'image du médecin généraliste auprès de sa patientèle [35].

J'ai atteint la saturation théorique des données telle que nous l'avions définie au préalable puisque les deux derniers entretiens n'ont pas relevé de nouveau thème. Le choix de la saturation théorique est toujours discutable parce qu'une idée nouvelle peut toujours émerger après plusieurs entretiens sans nouveauté. Mais un nouvel élément serait-il réellement capital et représentatif s'il n'était pas évoqué dans les 15 à 20 premiers entretiens d'autres médecins de tous horizons ?

L'analyse s'est très simplement effectuée à partir d'un fichier Excel sur le mode d'une analyse en entonnoir : à partir des verbatim ad integrum, les deux encodeurs ont réalisé une analyse thématique en codages ouvert, axial et sélectif. L'utilisation du logiciel d'analyse qualitative N'Vivo aurait pu faire apparaître plus facilement des « nuages de mots ». Cependant, il n'est pas certain que nous n'aurions pas eu le même encodage ou le même regroupement d'idées avec ces deux méthodes d'analyse différentes.

Les biais de cette étude :

a- Le biais d'information

Il existe un biais d'interprétabilité, toujours présent dans un travail qualitatif puisque l'analyse est subjective mais il est limité par le double encodage et la triangulation que nous avons mis en place.

Le biais de désirabilité a été limité par le choix de faire des entretiens semi-dirigés ; ainsi les médecins interrogés ne pouvaient pas se sentir jugés par leurs pairs comme ça aurait pu être le cas si nous avions choisi de faire des focus group.

Ce biais est aussi limité par l'anonymisation. Il n'est pas égal à zéro car il est naturel de vouloir plaire à la personne qui nous interroge mais bien moins important que si nous avions fait des entretiens par focus group.

L'entretien semi-dirigé apporte une parole plus libérée et se défait d'un quelconque leader d'opinion qui peut apparaître une fois encore dans des focus group.

b- Le biais de sélection

Le choix du recrutement en boule de neige peut entraîner un biais de sélection.

Un médecin me le signalait : « *vous allez tomber sur le groupe de pairs là donc des personnes qui se forment et donc ça pourrait être biaisé le côté boule de neige* » (E8).

Comme il le relevait, il existe avec cette méthode un risque de recruter des médecins travaillant de la même manière, ou ensemble dans des groupes de pairs notamment. Pour autant, des médecins d'un même groupe de pairs peuvent avoir des manières de travailler différentes et ces entretiens l'ont démontré car dans les faits, les entretiens enregistrés auprès de médecins d'un même groupe de pairs ont pu se révéler très différents.

Liée à la thésarde examinatrice :

Il s'agissait là pour moi d'une première expérience.

Les compétences d'investigatrice n'étant pas innées, il m'a fallu me documenter au préalable [36, 37, 38], avec l'appui de mon directeur de thèse aussi, puis me lancer et apprendre sur le tas en réalisant les entretiens et en prenant confiance au fil du temps.

Les 3 entretiens tests ont eu beaucoup d'importance pour faire évoluer la grille d'entretien mais aussi pour que je puisse prendre mes marques, savoir comment relancer un médecin par exemple.

Les principes de l'analyse par théorisation ancrée sont complexes et leur mise en pratique non évidente pour une première fois. Cette thèse est ma première étude qualitative ; mon manque d'expérience impacte forcément le recueil et l'analyse des données.

Ensuite, mon absence d'expérience dans l'analyse qualitative rend certainement le traitement des données imparfait, mais le double encodage et la triangulation ont été mis en place pour atténuer ces imperfections.

II) VALIDITE EXTERNE DE L'ÉTUDE

La revue de la littérature effectuée sur ce sujet montre que l'angle abordé par notre travail est particulièrement original.

Il existe un travail de thèse d'étude quantitative étudiant les retentissements de la nouvelle loi vaccinale perçus par les médecins généralistes des Bouches-du-Rhône sur leur exercice quotidien [32]. Selon cette étude, les médecins interrogés étaient majoritairement favorables à la nouvelle loi vaccinale. Cependant, ils ont décrit des difficultés en pratique depuis la mise en place de l'obligation vaccinale : difficultés à répondre aux questionnements des patients, à gérer les refus de vaccins obligatoires, à gérer les conflits engendrés avec leur patientèle, à gérer la durée de la consultation pour les principales difficultés citées [32]. Nos résultats d'étude vont dans le même sens mais avec une description plus large de l'opinion des médecins grâce à la méthodologie employée.

Pour autant, il n'y avait pas de relation significative entre l'expression de difficultés dans la pratique et l'opinion du médecin sur la loi vaccinale [32]. Ce pourrait être le cas car se retrouver systématiquement en échec ou en difficulté dans un domaine pourrait impacter le ressenti de ce dernier ; le rempart à cela chez les médecins est la déontologie.

La principale différence de mon étude avec celle-ci est la méthodologie employée : j'ai utilisé le qualitatif afin de faire ressortir une richesse importante de ressentis alors qu'elle a utilisé le quantitatif dans lequel les questions peuvent être beaucoup plus orientées car plus fermées comme nous pouvons le constater sur le questionnaire utilisé. Cette différence d'approche pourrait expliquer la richesse de détails que nous avons recueilli concernant les difficultés antérieures à l'obligation vaccinale, les difficultés depuis la mise en place de la mesure et toutes les pistes d'amélioration proposées par les médecins que j'ai interrogé. Le quantitatif

provoque selon moi un manque de liberté pour exprimer retentissements, craintes et difficultés autres que celles proposées par l'enquêteur. Le thème des sanctions encourus par le médecin n'est pas spontanément ressorti dans mon travail alors qu'il avait été traité dans la thèse quantitative [32], partant à priori du principe que ce ressenti existait.

Il existe aussi différents travaux de thèse menés bien avant l'obligation vaccinale légale, suscités par le constat d'une recrudescence de certaines maladies faisant pourtant l'objet de campagnes de prévention et par l'observation d'une perte de confiance vis-à-vis des vaccins dans les pays industrialisés notamment [39, 40]. Ces travaux cherchaient à identifier les obstacles à la réalisation du calendrier vaccinal tel que recommandé chez l'enfant. Le but de ce recensement était d'élaborer un argumentaire à destination des médecins généralistes à utiliser en pratique courante face à un parent réticent ou opposé [40].

Les freins évoqués dans ces travaux sont d'ailleurs les mêmes qu'au tout début de la vaccination au XIX^{ème} siècle (les arguments évoqués par les détracteurs de la vaccination anti-variolique à l'époque) [41] : méfiance à l'égard de l'intrusion politique que représente la vaccination dans la vie privée, crainte des effets indésirables, crainte que le vaccin ne provoque la maladie, crainte d'inefficacité, remise en cause de la légitimité des vaccins, alternative existante à la vaccination.

Mon étude a retrouvé la majorité de ces résultats, cependant pas l'aspect de médecine alternative pour remplacer la vaccination, mais une dimension décuplée du sujet de la vaccination mise en avant par les réseaux sociaux notamment.

Le constat est le même pour nos pays voisins, ceux de l'UE mais les méthodes vaccinales utilisées sont différentes. Chacun des 28 États membres de l'Union Européenne (27 depuis le retrait du Royaume-Uni le 31 janvier 2020) dispose d'un calendrier vaccinal incitant sa population à s'immuniser contre un certain nombre de maladies à prévention vaccinale [42]. Selon les pays, entre 9 et 16 vaccins visant des maladies à prévention vaccinale (parmi poliomyélite, diphtérie, tétanos, coqueluche, haemophilus influenzae b, hépatite B, hépatite A, rougeole, oreillons, rubéole, pneumocoque, infections à rotavirus, varicelle, tuberculose, méningocoque C, grippe saisonnière et virus de la méningo-encéphalite à tique) sont ainsi inscrits au calendrier pour les enfants âgés de 2 ans.

Par ailleurs, une étude transversale menée en 2017 sur un panel de 1580 médecins généralistes en France retrouvait des pratiques hétérogènes de recommandations des vaccins faites à leurs patients par les médecins généralistes [43]. La grande majorité ne présentait aucune ou une faible hésitation vaccinale mais il existait pour 14% d'entre eux une hésitation forte voire une opposition dues à leur confiance très relative en les autorités de santé. Cette hésitation vaccinale de la part des médecins généralistes n'a pas été retrouvée au premier plan de mon travail. Quand il pouvait y avoir questionnement de la part du médecin, il n'y avait de toute façon jamais de transgression de la nouvelle loi vaccinale.

Selon cette même étude, un tiers des étudiants en 6^{ème} année de médecine ne se sentait pas suffisamment préparé durant leur formation initiale pour leur pratique future de la vaccination, évoquant des carences d'apprentissages dans le domaine de la communication à ce sujet, les compétences pratiques, les sources d'informations et la politique vaccinale [43]. Les pistes d'amélioration évoquées étaient notamment de mieux former les médecins au savoir-faire en pratique, de diffuser auprès d'eux des outils pédagogiques pour les patients mais aussi de faciliter leur accès à des outils de suivi du statut vaccinal du patient [43].

Dans notre travail, plusieurs médecins ont dit avoir spontanément intégré à leur pratique l'utilisation de ce type d'outil, à savoir le carnet de vaccination électronique.

Par contre, aucun médecin n'a abordé son ressenti de son bagage « vaccination », que ce soit initialement donné par sa formation universitaire, ou façonné par sa formation continue ou des campagnes de communication. Notre grille d'entretien n'abordait pas cet axe-là et aucune remarque à ce sujet n'a été faite spontanément.

J'ai aussi pu lire un texte intéressant dans lequel étaient comparées les représentations sociales de la vaccination chez les patients et chez les médecins généralistes : les patients paraissaient davantage préoccupés par les effets secondaires potentiels de certains vaccins alors que les médecins mettaient en avant l'innocuité de la vaccination [44]. Pour ce point, nous rejoignons totalement notre étude.

Aussi les médecins avaient une vision collective de la vaccination alors que les patients étaient demandeurs de ciblage des vaccinations [44]. A ce sujet, les médecins que j'ai interrogés étaient tout autant préoccupés d'apporter une protection individuelle à leur patient qu'une protection collective à la population de masse en gardant en tête l'objectif d'éradication des maladies.

On peut imaginer ainsi qu'à bien des considérations, il existe une différence entre ce que pensent les médecins du ressenti de leurs patients et le ressenti exprimé par les patients directement interrogés.

Il est à noter que les représentations des médecins généralistes entre cette étude et la nôtre sont similaires.

III) DISCUSSIONS DES RESULTATS

Une fois le sujet et la méthodologie définis, le Dr Romero, directeur de cette thèse, et moi-même, thésarde examinatrice, avons chacun écrit en amont de la réalisation des entretiens les principaux résultats que nous pensions obtenir auprès des médecins interrogés (*Annexes 9 et 10*). Tout d'abord pour voir si des éléments avaient pu être influencés par nos idées, et aussi afin de discuter des résultats auxquels nous ne nous attendions pas ou manquants d'après nos « pronostics ».

Nous nous sommes chacun basé sur ce que nous savions de la politique vaccinale de santé : la concertation citoyenne n'a pas été respectée, le CNGE s'était prononcé contre la mesure mais nous avons estimé que cet avis n'était pas forcément représentatif de ce que pense la population médicale... donc nous attendions globalement des patients réticents et des médecins plutôt positifs face à la mesure.

L'analyse a permis de confirmer certains points, d'en nuancer d'autres.

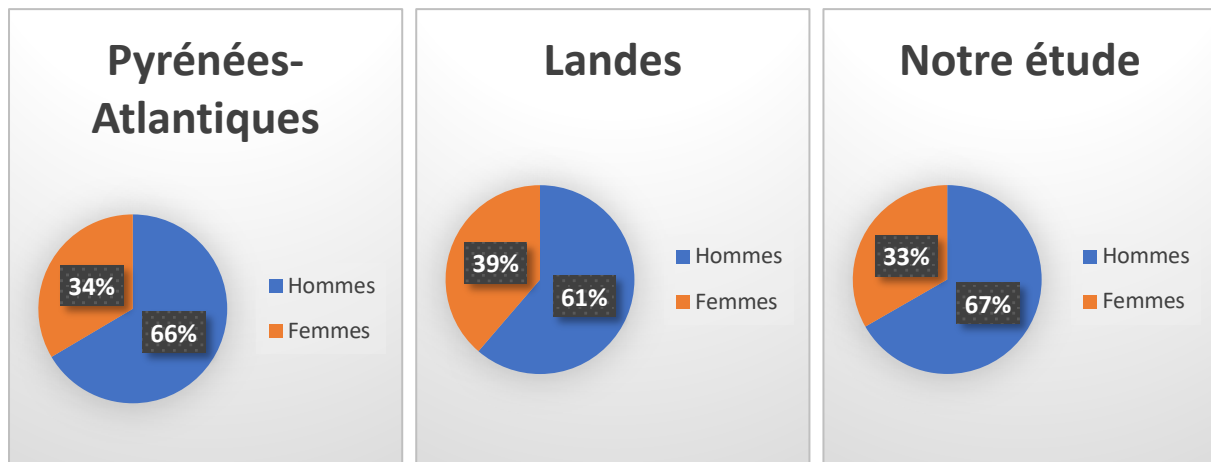
1) Représentativité de la population étudiée

J'ai interrogé 18 médecins généralistes du Béarn/Sud-Aquitaine (départements 40 et 64).

18 entretiens avec saturation théorique de données est un résultat très correct pour une analyse qualitative.

L'âge des médecins interrogés était globalement représentatif de celui de la population médicale des Pyrénées-Atlantiques et des Landes puisque l'âge moyen de la population de mon étude est de 49 ans contre 51 et 52 ans respectivement pour ces deux départements en 2017 [45].

La proportion hommes/femmes de médecins interrogés était aussi représentative de la population médicale du Sud-Aquitaine : 66,5% d'hommes et 33,5% de femmes pour les Pyrénées-Atlantiques en 2017, 61,3% d'hommes et 38,7% de femmes pour les Landes en 2017 et 66,7% d'hommes et 33,3% de femmes dans notre étude [45].



Figures 15, 16 et 17 : Répartitions hommes/femmes au sein des différentes populations médicales.

Les MSU sont des médecins généralistes qui reçoivent des internes de médecine générale dans leur cabinet pour les former à l'exercice de la médecine générale. Ils sont souvent en première ligne pour les recueils d'informations dans la recherche en soins primaires, particulièrement intéressés et motivés par les activités de recherche [39].

Les refus de réponse à mon travail de thèse sont constitués aux trois-quarts par des médecins non MSU ce qui vient conforter cette idée.

De ce fait et du fait de mon type de recrutement, je pense avoir parmi ma population interrogée une proportion de MSU plus importante que celle dans la population médicale du Sud-Aquitaine.

2) La nouvelle politique d'obligation vaccinale légale en pratique courante

Pourquoi cette mesure légale d'obligation vaccinale ?

Les médecins interrogés ont tous trouvé des justifications importantes à cette mesure légale d'obligation vaccinale. De manière évidente, et comme nous l'attendions, parce que le nouveau calendrier apporte une nette clarification dans la vaccination du nourrisson et a pour but d'améliorer la couverture vaccinale. Aussi parce que l'ancien calendrier présentait des défauts, au premier rang desquels ce manque de clarté du fait de vaccinations recommandées, d'autres facultatives, d'autres pour les populations à risque, d'autres selon les départements... Il semblait judicieux de clarifier.

Nous avons, le Dr Romero et moi-même, tous deux prévus à priori que les médecins aborderaient ce but ultime de faire diminuer les épidémies évitables avec une politique vaccinale efficace, et notre hypothèse s'est vérifiée.

S'ajoutait à cela une défiance grandissante des parents vis-à-vis de certains vaccins ou de tous, venant compliquer et allonger les durées de consultation face à des médecins lassés de ces affrontements. Mon échantillon comportait peu de médecins jeunes installés du fait des critères d'inclusion choisis pour avoir un recul d'expérience ; il est probable que des jeunes médecins, installés depuis moins longtemps, n'ont pas été confrontés de la même manière, avec la même intensité et la même durée, à cette défiance vaccinale en comparaison avec les

médecins installés depuis longtemps et qui ont utilisé l'ancien calendrier vaccinal durant de nombreuses années.

Déterminants de l'hésitation vaccinale

Analyser ces entretiens de médecins a permis de faire ressortir tout ce qu'ils ont pu constater comme venant influencer dans la décision vaccinale : le rapport à la vaccination pouvait être vu comme un héritage familial et culturel. Les médecins relevaient aussi un effet de mode très récent, accentué par la mise en avant du sujet sur les réseaux sociaux et Internet. Les opposants à la vaccination paraissent bien plus visibles sur ces plateformes que dans la vie réelle en consultation.

Depuis le 1^{er} janvier 2018, la France est devenue l'un des seuls pays européens à rendre obligatoires 11 vaccins inscrits à son calendrier (contre 3 obligatoires et 8 recommandés auparavant).

La distinction vaccinations obligatoires VS recommandées découle de l'évolution des politiques de santé publique, d'un modèle coercitif à des méthodes de persuasion plus incitatives, faisant que chaque pays a sa propre histoire.

En témoigne la grande disparité des politiques vaccinales dans les différents pays européens : en Belgique, seule la poliomyélite est obligatoire mais 11 autres vaccins sont recommandés, en Pologne 12 vaccins sont obligatoires et 3 autres sont recommandés, en Allemagne 13 vaccins sont inscrits au calendrier vaccinal et si aucun n'est strictement obligatoire, la législation allemande dispose depuis 2015 de la possibilité de sanctionner des parents qui refuseraient systématiquement la vaccination.

En Europe, il existe 16 pays dans lesquels il n'existe aucune obligation.

Pour la plupart, cela n'a aucune incidence, puisque le taux de couverture vaccinale est compris entre 90% et 99% selon les maladies. La Suède en est un exemple (malgré l'absence totale d'obligation, 96% des enfants à 2 ans sont à jour des 9 vaccins recommandés), ainsi que le Luxembourg (89% à 99% des enfants sont à jour des 13 vaccins recommandés) et le contre-exemple en est La Roumanie où la vaccination recommandée contre 11 maladies était plutôt bien respectée jusqu'en 2012, année où un couple de célébrités de télé-réalité mal informé a pris la parole et diffusé un message anti-vaccinal ayant pour conséquence une chute de la couverture vaccinale contre la rougeole (de 94% en 2012 à moins de 80% en 2016) provoquant deux vagues épidémiques importantes [42].

La discipline, les mœurs, les habitudes de vie ont ce rôle majeur dans la décision vaccinale, font l'échec des politiques de santé qui laissent le choix dans certains pays et la réussite dans d'autres.

Réactions et attentes vis-à-vis de la nouvelle politique d'obligation vaccinale

Comme nous l'attendions, tous les médecins sont en accord avec le fondement de la mesure prise : la majorité des médecins s'attend à ce que cette stratégie vaccinale soit efficace, permettant le recul des épidémies et espérant l'éradication de maladies contre lesquelles on vaccine depuis longtemps maintenant (diphtérie, poliomyélite notamment).

La plupart des médecins sont satisfaits et en accord avec la mesure, ils sont très majoritaires par rapport à quelques médecins déçus de la forme ; comme je m'y attendais, certains n'adhèrent pas à l'aspect légal de la décision de santé, et auraient préféré continuer à miser sur l'éducation à la santé.

Nos médecins interrogés s'attendaient à une efficacité de ce nouveau calendrier vaccinal. Ceci concorde avec le premier bilan fait à 15 mois de l'instauration de cette nouvelle mesure et publié dans un bulletin préparé par Santé Publique France [46]:

- Augmentation du recours à la vaccination chez les nourrissons nés depuis le 1^{er} janvier 2018 par rapport à ceux nés en 2017 : + 5,5 points pour l'utilisation du vaccin hexavalent, + 1,4 point pour la couverture vaccinale de la 1^{ère} dose du vaccin contre le pneumocoque, + 36,4 points pour la couverture vaccinale de la 1^{ère} dose du vaccin contre le méningocoque C
- Augmentation des couvertures vaccinales chez les enfants nés avant l'entrée en application de la loi, entre 2017 et 2018 : + 2,2 points pour la 1^{ère} dose du vaccin ROR, + 3,2 points pour 1^{ère} dose du vaccin HPV chez les jeunes filles de 15 ans (j'évoquais justement ce point de vaccination majorée chez les aînés dans mes hypothèses de départ et les médecins ressentaient un impact positif sur l'acceptation des vaccinations non obligatoires)
- Diminution importante de l'incidence des infections invasives dues au méningocoque C chez les nourrissons âgés de moins d'un an, dans un contexte de forte augmentation de la couverture vaccinale pour la 1^{ère} dose du vaccin à l'âge de 5 mois
- Majorité de parents favorables aux obligations vaccinales
- Progression positive des opinions des jeunes parents sur la vaccination et ses bénéfices
- Forte adhésion des professionnels de santé à la vaccination et aux nouvelles vaccinations obligatoires

Les patients face à l'obligation vaccinale

Les médecins ont pu observer des réactions de parents à la mesure vaccinale légale.

Pour l'immense majorité qui vient en consultation, les parents acceptent ce nouveau calendrier vaccinal et s'y conforment.

Les médecins doivent donc interagir avec des parents pour la plupart inquiets, pour certains sceptiques, suspicieux et méfiants ; le Dr Romero l'avait imaginé encore plus que moi qui pensais que seuls les parents déjà défavorables se trouveraient perturbés par la mesure.

Le Dr Romero envisageait qu'il ressorte un risque de discréditer l'ensemble des vaccinations. Les médecins interrogés n'ont pas signalé de volte-face de parents qui faisaient vacciner leurs enfants et qui auraient pris peur à cause de la mesure légale. Par contre, la méfiance des parents anti-vax s'est trouvée encore un peu plus accrue. Mais probablement aussi que ces parents absolument opposés et en colère face à la mesure vaccinale ne se sont pas précipités chez leur médecin.

Les parents semblent informés mais en cruel manque de connaissances ou de compréhension sur l'utilité de la vaccination individuelle et collective ; les médecins ont confirmé ce que j'ai pu voir de ma courte pratique en maison de santé, recevant fréquemment des nouveau-nés et des nourrissons avec leurs jeunes parents.

Je m'attendais à ce que des parents avec un nourrisson et un aîné soit en demande de « régularisation » de la vaccination du grand sur le même schéma que le petit mais cette idée n'est pas ressortie des entretiens.

Les MG face à l'obligation vaccinale

Tous les médecins, qu'ils aient été très favorables à l'obligation vaccinale légale ou plus nuancés, restent absolument favorables à la vaccination générale, convaincus de sa balance bénéfices-risques favorable à échelle individuelle et collective.

Les MG ont dû trouver des mécanismes d'adaptation à partir du 1^{er} janvier 2018 : se documenter, se former au nouveau calendrier vaccinal (peut-être y a-t-il eu un manque de communication envers les MG sur ce point-là ?), adapter son discours et son comportement à ce nouvel aspect légal et selon la réaction du parent en face.

En effet, nous nous attendions à voir des médecins globalement convaincus par l'efficacité à venir de la nouvelle politique vaccinale sur la couverture vaccinale mais inquiets de certains affrontements en consultation et ce fût le cas.

Dans la plupart des situations, soit un travail de réassurance des parents soit un travail d'explications, de justification des onze vaccins obligatoires suffisait.

Comme nous l'imaginions, les médecins ont majoritairement trouvé la mesure facilitante.

Ils ont aussi apprécié la décharge de responsabilité, pour eux-mêmes et les parents concernés : une discussion plus sereine, apportant des informations complémentaires, est possible puisqu'il n'y a pas de position à défendre, la loi l'emporte et doit être respectée.

Les médecins interrogés n'ont pas paru craindre réellement une sanction comme nous pouvions le penser mais par contre, ils se sentent rassurés du point de vue médico-légal même en cas de refus de vaccination de la part des parents et refusent catégoriquement de rédiger des certificats de complaisance.

Par contre, le Dr Romero avait présumé une peur de perdre des patients qui chercheraient un médecin plus complaisant mais plusieurs médecins ont signalé ne surtout pas vouloir modifier leur conviction, quitte à perdre des patients ; ce qui n'était d'ailleurs arrivé à aucun d'entre eux jusque-là.

Les professionnels estiment devoir se montrer exemplaires : ceci passe par leur propre vaccination et l'affichage de leur indépendance vis-à-vis de l'industrie pharmaceutique.

Les médecins tentent de préserver au mieux la relation médecin-malade, d'éviter les affrontements et que le lien de confiance ne se perde. Par contre, aucun ne transige sur sa responsabilité de devoir vacciner, et, malgré un de nos à priori, aucun ne craint de perdre des patients s'il le fallait.

Aucun des médecins interrogés n'a évoqué la crainte d'engendrer la maladie au travers de ce nouveau devoir dans le cas où un vaccin obligatoire serait responsable d'un effet indésirable (ce point intéressant était évoqué par le Dr Romero puisque si un effet indésirable grave survenait dans les suites d'une vaccination obligatoire, il y aurait des mesures d'indemnisation prévues par l'ONIAM). Aucun médecin n'a abordé cette idée.

PEC pluri-professionnelle de la vaccination avec le MG pour acteur central

Il est ressorti de notre analyse une confiance importante, parfois aveugle, des patients dans les compétences de leur médecin de famille. Ce même médecin généraliste qui a un devoir fondamental d'éducation à la santé de sa patientèle en s'appuyant sur des outils comme son logiciel métier mais aussi sur les professionnels de santé qui l'entourent.

Dans nos à priori, nous craignons fort que les médecins se sentent suspectés par leurs patients de collusion avec l'industrie pharmaceutique mais ceci ne s'est pas vérifié. La confiance dans le médecin de famille, parfois présent dans l'histoire de certaines familles depuis plusieurs générations, doit être encore plus importante que je ne le pensais.

La vaccination est encadrée par des autorités en France [47]:

- Le ministère de la Santé qui élabore la politique vaccinale du pays.
- La HAS qui donne des avis et recommandations sur les vaccinations via la Commission Technique des Vaccinations (CTV) qui se base sur les connaissances scientifiques et publie régulièrement sa déclaration publique d'intérêt.
La HAS évalue également le service rendu des vaccins autorisés si le laboratoire qui les produit souhaite qu'ils soient remboursés par l'Assurance Maladie.
- Santé Publique France qui assure la surveillance des maladies contre lesquelles on vaccine, évalue la couverture vaccinale et informe à la fois le public mais aussi les professionnels de santé sur les vaccinations.
- L'Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé qui contrôle la qualité des vaccins par leur rapport bénéfices-risques. Elle travaille en collaboration étroite avec l'Agence Européenne des Médicaments.
- L'Assurance Maladie qui rembourse les vaccins ainsi que l'acte d'administration par un professionnel, mène des campagnes de promotion de la vaccination auprès des assurés et des professionnels de santé.

Notre résultat est en accord avec la littérature : Les médecins généralistes font globalement confiance aux Autorités Sanitaires et 70% d'entre eux se fient à leurs recommandations [48]. Les parents et opposants pourraient être rassurés de connaître toute cette organisation qui aboutit à la vaccination qui leur est appliquée. Une communication simplifiée mais plus large pourrait être intéressante : notre étude a montré que les parents sont informés de la nouvelle obligation légale mais les médecins ressentent leurs informations, compréhension et connaissances au sujet des vaccins comme très superficielles. Une formation continue des patients, lors des consultations de vaccination ou plus générale, à l'image de la formation médicale continue que nous nous appliquons à nous-mêmes pourrait être utile.

L'avenir vaccinal : freins à l'application et à l'extension de la politique vaccinale VS adaptations et pistes d'amélioration

Il reste un frein persistant à l'application aisée de la mesure : la défiance. La population semble parfois sceptique quant à la neutralité des professionnels de santé et des systèmes politico-économiques, régulièrement accusés de collaborer à l'enrichissement des sociétés pharmaceutiques au prix de leur santé et de leur portefeuille [49,50].

Les médecins pensent pouvoir s'affranchir de ces idées reçues en prouvant par exemple à leurs patients leur indépendance : pas de visite médicale reçue, abonnement à une revue indépendante, évocation du site transparence.gouv.fr ou eurosfordocs.fr avec leurs patients.

Les médecins imaginent pouvoir améliorer encore la couverture vaccinale en s'appuyant sur plusieurs éléments (que nous n'avons pas détaillés dans nos idées attendues) : la multivalence car ce conditionnement de vaccins combinés aide à l'acceptation, l'intégration de la vaccination dans une démarche globale de prévention pour que l'acte de vaccination ne soit pas isolé et sans explication, l'utilisation d'outils comme le carnet de vaccination électronique permettant une centralisation des informations accessibles à tous les professionnels impliqués.

Nous n'avons pas anticipé que certains médecins livreraient leurs outils et astuces utilisés au quotidien et développeraient autant la façon d'obtenir la meilleure vaccination que possible pour toute la population ; mais ceci est très intéressant et retrouvé dans plusieurs entretiens.

IV) PERSPECTIVES

La représentation des médecins sur les patients anti-vax serait un sujet à étudier à part entière, ceci afin de savoir comment les aborder.

Nos politiques de santé peuvent exclure ces patients de notre système de soins, des familles entières qu'il faut absolument aller chercher si on veut obtenir la vaccination de tous et l'éradication des maladies. Il semble facile de perdre cet objectif de vue alors qu'on est en pleine consultation difficile face à un opposant ; lâcher une fois c'est le faire plusieurs fois, multiplié par tous les médecins installés qui doivent contribuer à la vaccination.

La question à se poser serait : que faut-il mettre en place pour améliorer la couverture vaccinale et lutter contre la méfiance de certains parents au vu de tout le ressenti des parents et des médecins étudiés jusqu'alors ?

Ce pourrait passer par :

- **Une réorganisation du soin** faisant intervenir différents professionnels de santé dans un exercice de soins coordonné avec le médecin traitant.

Dans cet objectif, l'émergence de nos MSP permet une meilleure coordination entre les professionnels, multiplie les acteurs et donc les possibilités de délivrer des messages de santé publique (concernant les vaccins mais aussi les écrans, manger/bouger, les addictions, la santé sexuelle, la santé mentale, bien vieillir...).

L'exercice libéral en groupe a la faveur des jeunes médecins généralistes qui souhaitent s'installer. Plus de 80 % des médecins généralistes libéraux de moins de 50 ans exercent en groupe, avec d'autres médecins ou des paramédicaux : un travail collaboratif dans un cadre propice à des pratiques nouvelles avec une coopération effective entre professionnels pour une prise en charge coordonnée du patient, des échanges facilités avec les confrères [51].

Le travail fait dans les MSP peut avoir un avantage important comparé au travail en cabinet médical ou en solitaire : typiquement parce que le travail en équipe dans ses structures peut aboutir à des protocoles pluri-professionnels dont certains pourrait cibler la vaccination en vue d'augmenter la couverture vaccinale.

Par ailleurs, de plus en plus de MSP mettent en place des associations d'usagers. Sur ce thème de la vaccination, leur avis peut se révéler très intéressant afin de mieux axer les actions de communication.

- **L'éducation thérapeutique** qui intervient dans toutes les questions de santé.

Elle est particulièrement utilisée chez les patients souffrant d'addictions mais le devrait aussi totalement dans tous les axes de promotion de la santé : notamment débiter et maintenir sa vaccination à jour.

Le modèle global de changement de James Prochaska et Carlo DiClemente [52] a été mis au point (*Annexe 11*), testé à l'Institut américain de santé mentale (NIMH), et se présente maintenant sous la forme d'une psychothérapie : la thérapie motivationnelle [53].

Comme dit dans l'article L4130-1, modifié par LOI n°2016-41 du 26 janvier 2016 - art. 68, une des missions du médecin généraliste de premier recours est de contribuer aux actions de prévention et de dépistage [54] : les médecins généralistes peuvent donc utiliser l'entretien motivationnel en consultation. L'entretien motivationnel intervient particulièrement face à

un patient au stade de contemplation du cercle de Prochaska, pour enclencher la prise de décision.

Il existe déjà des formations à l'ETP (éducation thérapeutique du patient) dans le cursus infirmiers et pour les médecins séniors. Pourquoi ne pourrait-on pas inclure ce bagage dans la formation initiale des internes en médecine générale ? D'autant que les médecins interrogés dans l'étude quantitative [32] disaient manquer d'outils de communication au départ.

Toujours dans ces idées de pluri-professionnalisation et d'éducation thérapeutique autour de la vaccination, le médecin de l'entretien 15 proposait : *"il faudrait se poser la question aussi dans des cabinets comme les MSP ou autre, où il y a des infirmières ou des réseaux Asalée, c'est de donner comme mission à Asalée en plus la mise à jour et la tenue des carnets de vaccination"*.

- **La facilitation de l'accès aux soins** pour garantir une égalité d'accès à la vaccination que ce soit en centre de vaccination ou en consultation tant qu'elle est prise en charge à 100%. A l'heure actuelle, de nouvelles consultations sont prises en charge à 100% par l'Assurance Maladie sur le risque maternité, notamment toutes les consultations où l'on fait des vaccins. Il s'agirait d'élargir cette prise en charge aux rappels pour toute la population, comme une cotation vaccination.

- **Des politiques de santé qui entendent les retours des médecins** en première ligne.

Des membres représentants des professionnels de santé participent déjà, avec des membres représentants des sciences économiques, humaines et sociales, des représentants des usagers et des agences sanitaires, à la commission technique des vaccinations (CTV) de la HAS, dont la composition a été fixée par la décision du Collège de la HAS du 22 mars 2017 et ce pour 3 ans [55]. Le rôle de cette CTV est notamment de préparer les délibérations relatives au calendrier vaccinal arrêté par le ministre chargé de la santé [56]. Par ce biais, la communauté médicale pourrait faire entendre sa voix et mieux participer aux prises de décision politico-sanitaires ultérieures.

- **Des interventions auprès de nos jeunes générations** qui sont constamment branchés sur les réseaux sociaux et Internet.

Ce sont des adolescents concernés par certaines vaccinations non obligatoires, les adultes de demain qui devront faire leurs rappels vaccinaux et faire vacciner leurs bébés.

Ne pourrions-nous pas inverser la tendance et utiliser la technologie ou les réseaux sociaux à la faveur des campagnes de vaccination ? Ce serait par exemple des applications qui permettraient d'être notifié au moment de faire un rappel vaccinal, des clips vidéo de promotion de la vaccination (à la place de publicités commerciales) diffusés au cœur des vidéos YouTube qu'ils regardent le plus selon les études dédiées.

Il pourrait aussi s'agir d'interventions dans les écoles en collaboration avec la médecine scolaire afin que le message atteigne tout le monde.

- **Une parfaite formation des médecins** : qui peut passer par des campagnes d'information dédiées pour les médecins, de la formation continue de qualité, indépendante des laboratoires, un abonnement à une revue indépendante par exemple.

Dans cet idéal où tout médecin accède à une formation médicale continue de qualité, reste le problème du financement de cette formation continue quand elle est indépendante et donc non organisée par l'industrie pharmaceutique.

En effet, les budgets baissent et les médecins qui veulent se former n'ont parfois pas d'autres choix que de se tourner vers l'industrie pharmaceutique. C'est là qu'il y aurait tout intérêt à renforcer les budgets de l'OGDPC (Organisme Gestionnaire du Développement Professionnel Continu) et à orienter les thématiques sur des sujets de prévention comme la vaccination, la communication en santé, ou encore l'éducation thérapeutique.

La perspective de travailler sur un argumentaire type comme évoqué dans le travail de thèse quantitatif cité précédemment [32] ne me paraît pas pertinent car il y a probablement autant de parents opposés qu'il ne faudrait d'argumentaires à mettre en face ; un argumentaire type jugé exhaustif ne saurait convaincre tout le monde selon moi.

CONCLUSION

En tant que maman de deux fillettes, dont l'une est concernée par la nouvelle obligation vaccinale, et jeune médecin, ce sujet me touche pleinement.

Médecin adjoint dans une maison de santé en milieu rural depuis un an et demi, en parallèle de la fin de mon parcours thèse, j'ai pu observer la prise de connaissance des parents de ce nouveau calendrier vaccinal, pour certains dans le calme et pour d'autres beaucoup plus dans l'inquiétude, très peu dans la colère.

Les médecins que j'ai interrogés se sont retrouvés face à ces mêmes types de patients et j'avais cet avantage de pouvoir les imaginer afin de mieux concevoir leur ressenti.

La mise en application de la nouvelle politique vaccinale depuis maintenant environ 2 ans et demi, ayant rendu obligatoire la vaccination contre 11 pathogènes, a eu des répercussions sur la pratique des médecins généralistes.

Les médecins généralistes se sont néanmoins estimés soulagés d'une charge morale et pratique (liée au gain de temps notamment).

Ils sont globalement très favorables à la vaccination, au nouveau calendrier vaccinal et même à l'extension des obligations vaccinales pour tout vaccin qui prouverait sa valeur par sa balance bénéfices-risques.

Il reste néanmoins toujours une infime partie de la population « anti-vax », très difficile à garder en consultation sur le long terme, très difficile à convaincre. Même s'ils sont minoritaires, ce pourrait être eux qui feraient pencher la balance pour obtenir enfin l'éradication tant attendue de maladies comme la diphtérie ou la poliomyélite.

Nous pensons qu'il serait intéressant de mener un travail de thèse en miroir en interrogeant les parents puisque les médecins ont constaté en grande majorité "*une meilleure acceptation des vaccins depuis la mise en place de l'obligation*".

Aussi une thèse identique en interrogeant les pédiatres libéraux pour voir s'ils font face autrement que les médecins généralistes à la nouvelle obligation vaccinale ou si les outils des uns pourraient s'appliquer aux autres.

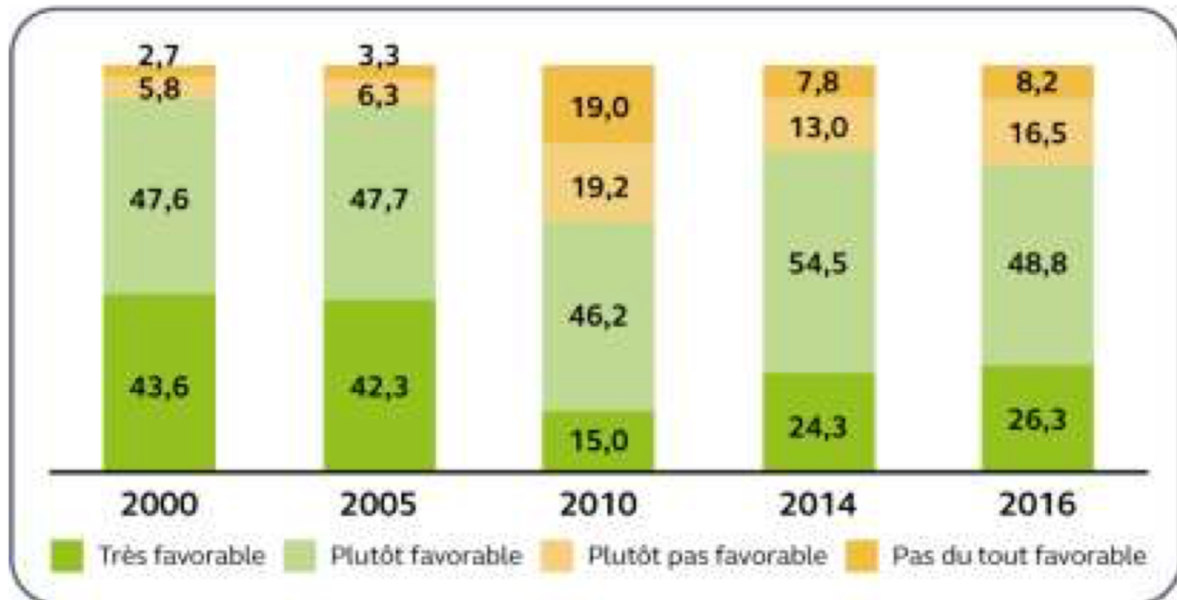
En pleine situation de pandémie mondiale Covid19, nous pouvons constater ce que devient le monde entier aux prises d'une maladie contre laquelle nous n'avons pas de vaccin. Une crise sanitaire sans précédent qui immobilise le pays entier et tue une partie de la population.

Y aura-t-il une vaccination contre le coronavirus dans le futur ? Et quelle sera la pathologie suivante qui pourrait nous mettre dans la même situation en l'absence de vaccination ?

Les comportements des patients et des médecins, leurs représentations vaccinales, leur ressenti, vont forcément être modifiés après cette crise Covid19. Ces changements seront-ils durables ou temporaires ?

ANNEXES

**Graphique n° 2 : évolution de l'adhésion à la vaccination
entre 2000 et 2016 (% 18-75 ans)**



Source : Baromètres Santé. Santé publique France

Annexe 1 : Graphique montrant l'essor de l'hésitation vaccinale, très marqué entre 2005 et 2010

Tableau 2 : Evolution de la couverture vaccinale diphtérie, tétanos, poliomyélite, coqueluche, *Haemophilus influenzae b*, pneumocoque, hépatite B et ROR (en %) des enfants de 2 ans, en France, de 2008 à 2016.

Année de recueil	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Année de naissance	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
DTP primovaccination	98,5	98,4	98,5	98,7	98,7	98,5	98,4	98,9	99,0
DTP rappel	91,9	91,7	91,3	91,3	91,7	91,1	-	96,7	96,1
Coqueluche primovaccination	97,9	98,2	98,2	98,4	98,4	98,3	98,0	98,6	98,7
Coqueluche rappel	91,1	91,4	90,8	90,5	90,9	90,3	-	96,3	95,8
Hib primovaccination	96,6	97,3	97,3	97,6	97,5	97,5	97,3	98,0	98,0
Hib rappel	89,3	89,9	89,2	88,6	89,0	88,4	-	95,7	95,1
Hépatite B 3 doses	47,0	51,0	64,6	74,2	78,1	81,5	83,1	88,1	90,0
Pneumocoque 3 doses	-	-	88,6	88,8	88,8	89,2	89,3	91,4	91,8
ROR 1 dose	89,1	ND	89,2	89,4	90,5	90,3	90,6	90,5	90,3
ROR 2 doses	ND	ND	60,9	67,3	72,0	74,5	76,8	78,8	80,1

ND : données non disponibles

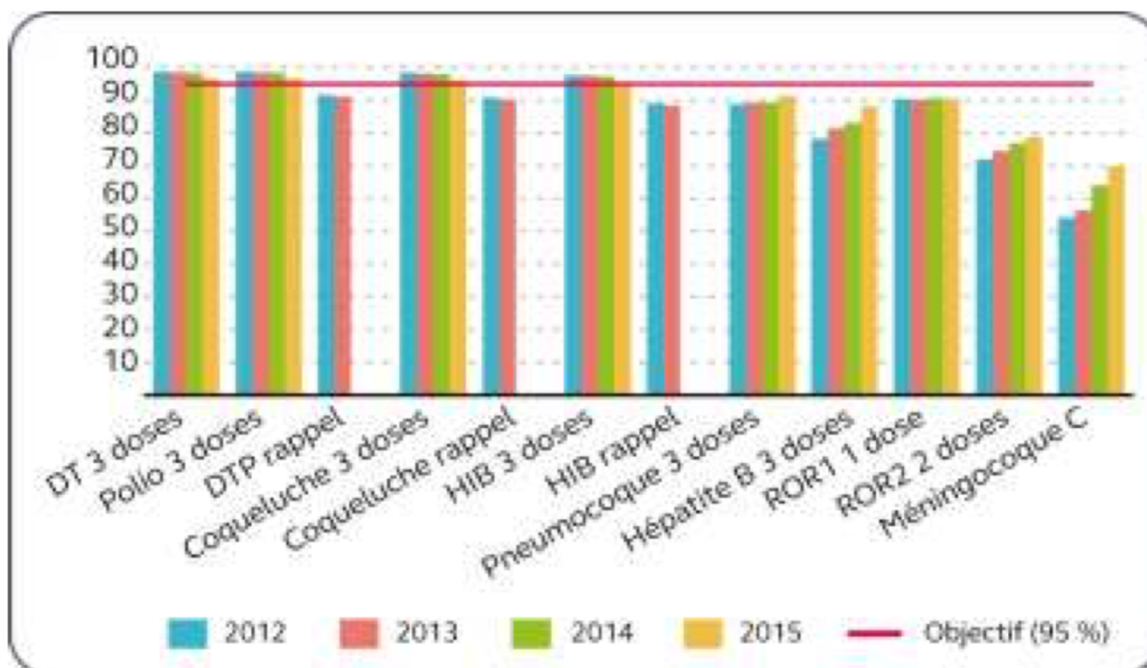
Source : Certificats de santé de l'enfant au 24ème mois, Drees - Traitement Santé publique France.

Jusqu'en 2014, la primovaccination DTP Coq Hib correspond à 3 doses de vaccin et le schéma complet à 4 doses au total.

À partir de 2015, la primovaccination DTP Coq Hib correspond à 2 doses de vaccins et le schéma complet à 3 doses au total.

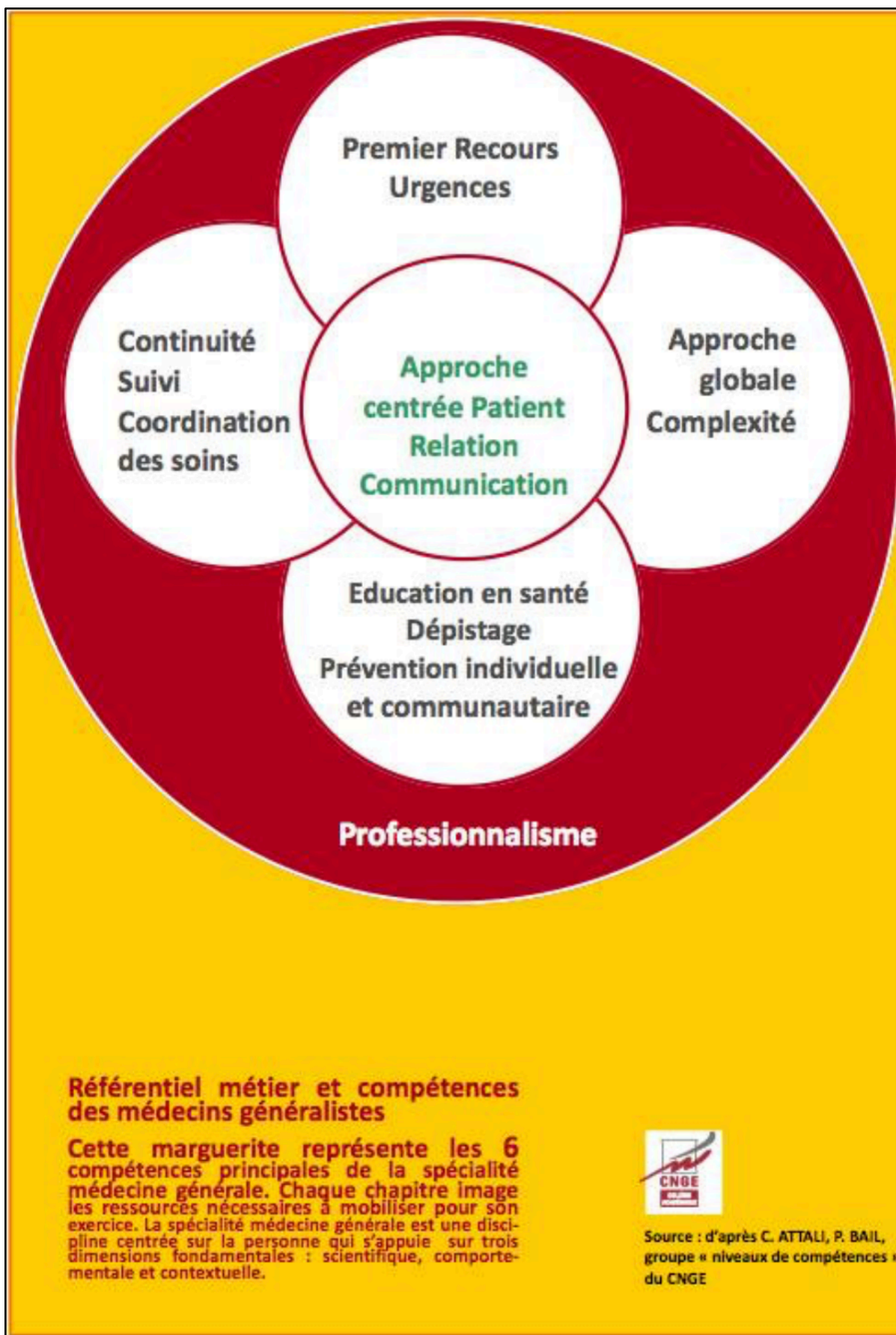
Annexe 2 : Tableau d'évolution de la couverture vaccinale des enfants de 2 ans pour 10 vaccins (obligatoires ou recommandés selon le vaccin) en France entre 2008 et 2016

Graphique n° 1 : couvertures vaccinales à l'âge de 24 mois (vaccins obligatoires et recommandés) 2012-2015 (en %)

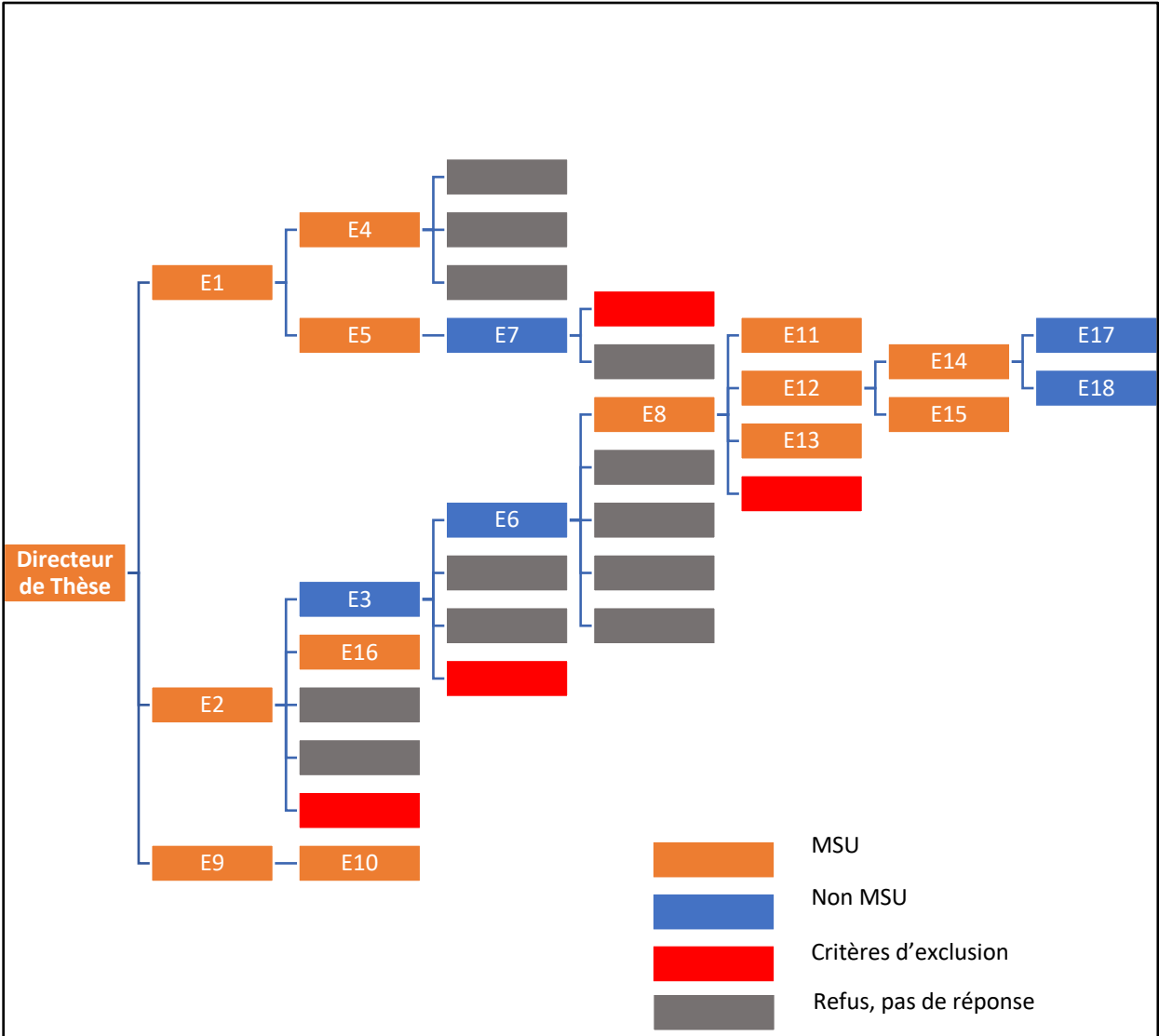


Source : Cour des comptes, d'après données communiquées par Santé publique France, issues de DREES, Remontées des services de PMI – Certificat de santé du 24ème mois ; Échantillon généraliste des bénéficiaires CNAMTS

Annexe 3 : Graphique montrant l'évolution à la baisse des couvertures vaccinales obligatoires et recommandées à l'âge de 2 ans entre 2012 et 2015



Annexe 4 : Marguerite des compétences du médecin généraliste



Annexe 5 : Recrutement des médecins interrogés en « boule de neige » (légende : MSU en orange, non MSU en bleu, médecins avec critères d'exclusion en rouge, refus du médecin ou absence de réponse après relance en gris)

1/ Les données concernant le médecin interrogé

- Quel âge avez-vous ?
 - En quelle année vous êtes-vous installé(e) ?
 - Quel est votre mode d'exercice de la médecine générale ?
 - Êtes-vous maître de stage universitaire ?
 - Vos propres vaccinations sont-elles à jour ?
 - Si vous avez des enfants, les avez-vous fait vacciner pour les vaccinations obligatoires et non obligatoires ?
-

2/ Le ressenti des médecins concernant l'actualité vaccinale

- Avez-vous diagnostiqué un ou plusieurs cas de rougeole ces derniers mois ?
 - Comme la plupart de vos confrères vous êtes confrontés à des patients qui refusent de se faire vacciner ou de vacciner leurs enfants : comment abordez-vous cette problématique avec eux ? (relance : vos patients vous rapportent peut-être des polémiques vaccinales, largement diffusées sur les réseaux sociaux et par les Anti-vax, comment répondez-vous à leurs interrogations ? ou comment gérez-vous leurs interrogations ou leur opposition ?)
 - Depuis 2018 une nouvelle politique d'obligation vaccinale a été mise en place, comment l'expliquez-vous à vos patients en pratique quotidienne ?
 - A titre personnel que pensez-vous de cette mesure ? (Que pensez-vous du positionnement du CNGE à ce sujet ? Je rappelle qu'il n'y a pas à l'heure actuelle de consensus parmi les sociétés savantes concernées ; à savoir que le GPIP a soutenu le projet d'élargir la couverture vaccinale à 11 vaccins obligatoires alors que le CNGE a pris position contre cette mesure, plus à cause de la forme que du fond)
 - En quoi ces nouvelles dispositions légales ont entraîné un changement dans votre discours ou vos pratiques vis à vis de la vaccination ?
-

Annexe 6 : Grille initiale des entretiens semi-dirigés

1/ Les données concernant le médecin interrogé

- Quel âge avez-vous ?

- En quelle année vous êtes-vous installé(e) ?

- Quel est votre mode d'exercice de la médecine générale ?

- Êtes-vous maître de stage universitaire ?

- Pourriez-vous me donner, comme préalablement à cet entretien, le pourcentage de consultations de 0-16 ans dans votre activité selon votre dernier RIAP (reçu en février 2019 environ et consultable sur le compte pro ameli.fr) ?

- Vos propres vaccinations sont-elles à jour ?

- Si vous avez des enfants, les avez-vous fait vacciner pour les vaccinations obligatoires et non obligatoires ?

L'organisation des questions a recherché en premier lieu les caractéristiques des médecins interrogés.

2/ Le ressenti des médecins concernant l'actualité vaccinale

- Avez-vous diagnostiqué un ou plusieurs cas de rougeole ces derniers mois ?

- Comme beaucoup de vos confrères vous avez probablement des patients qui sont opposés à certains vaccins. Vos patients vous rapportent peut-être des polémiques vaccinales, largement diffusées sur les réseaux sociaux et par les Anti-vax.

Lorsque cela arrive, sur quels vaccins avec vous eu le plus de d'opposition ?

- Quelles sont les notions que vous abordez alors ? Comment répondez-vous à leurs interrogations, comment gérez-vous leur opposition le cas échéant ? (Question à poser pour chaque vaccin cité : hépatite B, ROR...)

- Depuis 2018 une nouvelle politique d'obligation vaccinale a été mise en place, comment l'expliquez-vous à vos patients en pratique quotidienne ?

- En quoi ces nouvelles dispositions légales ont entraîné un changement dans votre discours ou vos pratiques vis-à-vis de la vaccination ?

- A titre personnel que pensez-vous de cette mesure d'obligation vaccinale par la loi ? (Relance : Que pensez-vous du positionnement du CNGE à ce sujet ? Je rappelle qu'il n'y a pas à l'heure actuelle de consensus parmi les sociétés savantes concernées ; à savoir que le GPIP a soutenu le projet d'élargir la couverture vaccinale à 11 vaccins obligatoires alors que le CNGE a pris position contre cette mesure, plus à cause de la forme que du fond)

- Parmi la liste des vaccins obligatoires actuellement, y en a-t-il qui ne vous paraissent pas légitimes ? Si oui, pourquoi ?

- Que penseriez-vous d'une éventuelle extension de l'obligation à d'autres vaccins ?
Relance : Imaginons le méningo B (Bexsero), le rotavirus (Rotarix et Rotateq), le HPV (Gardasil).

- Voudriez-vous ajouter quelque chose concernant cet entretien ou à propos du sujet de la vaccination ?

- Pourriez-vous m'indiquer un ou plusieurs médecins qui pourraient correspondre à mes critères d'inclusion et serai(en)t susceptible(s) d'accepter de participer à ma thèse ?

Avec ces questions, nous avons essayé d'identifier le ressenti des médecins à propos de la nouvelle politique vaccinale dans leur pratique quotidienne ainsi que l'impact d'un tel changement, en explorant le vécu.



Traduction française des lignes directrices COREQ pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative



French translation of the COREQ Reporting Guidelines for writing and reading for reporting qualitative research

Laboratoire ER3S (Atelier SHERPAS), Unité de recherche pluridisciplinaire Sport, Santé, Société – Université d'Artois, France

Michel Gedda
(Directeur général des Instituts de formation en masso-kinésithérapie et ergothérapie de Berck-sur-Mer, Rédacteur en chef de « Kinésithérapie, la Revue »)

RÉSUMÉ

Cet article présente sommairement les lignes directrices COREQ sous forme d'une fiche synthétique.

COREQ est prévue pour les rapports de recherche qualitative : entretiens individuels et entretiens de groupe focalisés (*focus groups*).

Une traduction française originale de la liste de contrôle est proposée.

Cette traduction est mise à disposition en accès libre selon les termes de la [Licence Creative Commons Attribution – Pas d'Utilisation Commerciale – Partage dans les Mêmes Conditions 4.0 International](#).

Niveau de preuve. – Non adapté.

© 2014 Elsevier Masson SAS. Open access under [CC BY-NC-ND license](#).

Mots clés

Édition
Évaluation
Pratique factuelle
Qualité
Lecture
Recherche qualitative
Rédaction
Responsabilité
Standard
Transparence

SUMMARY

This article presents guidelines COREQ as a summary sheet.

COREQ is provided for reporting qualitative research: interviews and focus groups.

An original French translation of the checklist is proposed.

This translation is open access under a [Creative Commons Attribution – NonCommercial – No Derivatives 4.0 International License](#).

Level of evidence. – Not applicable.

© 2014 Elsevier Masson SAS. Open access under [CC BY-NC-ND license](#).

Keywords

*Edition
Assessment
Evidence-based practice
Quality
Reading
Qualitative research
Reporting
Responsibility
Standard
Transparency*

DOIs des articles originaux :

<http://dx.doi.org/10.1016/j.kine.2014.11.006>

<http://dx.doi.org/10.1016/j.kine.2014.11.003>

<http://dx.doi.org/10.1016/j.kine.2014.11.004>

<http://dx.doi.org/10.1016/j.kine.2014.11.009>

<http://dx.doi.org/10.1016/j.kine.2014.11.002>

<http://dx.doi.org/10.1016/j.kine.2014.11.007>

<http://dx.doi.org/10.1016/j.kine.2014.11.010>

<http://dx.doi.org/10.1016/j.kine.2014.11.001>

<http://dx.doi.org/10.1016/j.kine.2014.11.011>

<http://dx.doi.org/10.1016/j.kine.2014.11.008>

Adresse e-mail :
direction@a-3pm.org

<http://dx.doi.org/10.1016/j.kine.2014.11.005>

© 2014 Elsevier Masson SAS.

Open access under [CC BY-NC-ND license](#).

Traduction de dix lignes directrices pour des articles de recherche

Note de la rédaction

Cet article fait partie d'un ensemble indissociable publié dans ce numéro sous forme d'un dossier nommé « Traduction française de dix lignes directrices pour l'écriture et la lecture des articles de recherche. » et composé des articles suivants :

- Gedda M. Traduction française des lignes directrices CONSORT pour l'écriture et la lecture des essais contrôlés randomisés. Kinesither Rev 2015;15(157)
- Gedda M. Traduction française des lignes directrices STROBE pour l'écriture et la lecture des études observationnelles. Kinesither Rev 2015;15(157)
- Gedda M. Traduction française des lignes directrices PRISMA pour l'écriture et la lecture des revues systématiques et des méta-analyses. Kinesither Rev 2015;15(157)
- Gedda M. Traduction française des lignes directrices STARD pour l'écriture et la lecture des études sur la précision des tests diagnostiques. Kinesither Rev 2015;15(157)
- Gedda M. Traduction française des lignes directrices COREQ pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative. Kinesither Rev 2015;15(157)
- Gedda M. Traduction française des lignes directrices ENTREQ pour l'écriture et la lecture des synthèses de recherche qualitative. Kinesither Rev 2015;15(157)
- Gedda M. Traduction française des lignes directrices SQUIRE pour l'écriture et la lecture des études sur l'amélioration de la qualité des soins. Kinesither Rev 2015;15(157)
- Gedda M. Traduction française des lignes directrices CARE pour l'écriture et la lecture des études de cas. Kinesither Rev 2015;15(157)
- Gedda M, Riche B. Traduction française des lignes directrices SAMPL pour l'écriture et la lecture des méthodes et analyses statistiques. Kinesither Rev 2015;15(157)
- Gedda M. Traduction française des lignes directrices SPIRIT pour l'écriture et la lecture des essais cliniques, des études expérimentales et protocoles divers. Kinesither Rev 2015;15(157)

RÉFÉRENCE ORIGINALE

Acronyme et intitulé complet :

COREQ : *C*onsolidated *c*riteria for *R*Eporting *Q*ualitative *r*esearch

Objet des lignes directrices :

Rapports de recherche qualitative : entretiens individuels et entretiens de groupe focalisés (*focus groups*)

Site Internet officiel :

<http://intqhc.oxfordjournals.org/content/19/6/349.long>

Dates de référence :

2007 : version initiale et actuelle [1].

Langue :

Anglais

Référence bibliographique de la version en cours :

Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care*. 2007;19(6):349–57.

Contact :

Allison Tong
Centre for Kidney Research
The Children's Hospital
Westmead, NSW 2145, Australia
Tel : +61 2 9845 1482.
Fax : +61 2 9845 1491.

Courriels : allisont@health.usyd.edu.au, allisont@chw.edu.au

TRADUCTION FRANÇAISE

Contenus traduits :

- Liste de contrôle : 32 items répartis en 3 domaines (*Tableau 1*) :
 - équipe de recherche et réflexion,
 - caractéristiques personnelles ;
- liens avec les participants ;
 - conception de l'étude,
 - cadre théorique,
 - sélection des participants,
 - contexte,
 - recueil des données ;
- analyse et résultats :
 - analyse des données,
 - rédaction du rapport.

Traduction française originale :

La traduction ici proposée est originale et inédite.

• Méthode générale

La grille anglophone initiale a été reproduite à l'identique afin d'en conserver la disposition. Chaque item a été traduit séparément ; en ajoutant la traduction sous le texte original afin de permettre une vérification analytique ultérieure. Les locutions et termes méconnus, équivoques ou susceptibles de confusion ont systématiquement été relevés pour faire l'objet de recherches approfondies au sujet de leur usage spécifique en méthodologie de recherche qualitative, et dans le contexte des listes de contrôle [2–10].

Lorsque les ressources documentaires ne suffisaient pas à résoudre les incertitudes—notamment les expressions francophones les plus usitées, des personnes compétentes, identifiées grâce à leurs publications sur le thème traité ou à leurs fonctions professionnelles, ont été interrogées ponctuellement sur des questions précises mais contextualisées. Leurs réponses ont permis de lever les doutes ou d'identifier de nouveaux supports documentaires, voire d'autres personnes ressources.

Une relecture d'ensemble a ensuite été réalisée à des fins d'harmonisation. La traduction obtenue a ensuite été comparée à d'autres grilles.

Enfin, la traduction a été soumise simultanément à deux professionnels anglophones indépendants pour validation externe ; leurs propositions ont été intégrées et adressées

Tableau I. Traduction française originale de la liste de contrôle COREQ.

N°	Item	Guide questions/description
Domaine 1 : Équipe de recherche et de réflexion		
Caractéristiques personnelles		
1.	Enquêteur/animateur	Quel(s) auteur(s) a (ont) mené l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé (<i>focus group</i>) ?
2.	Titres académiques	Quels étaient les titres académiques du chercheur ? <i>Par exemple : PhD, MD</i>
3.	Activité	Quelle était leur activité au moment de l'étude ?
4.	Genre	Le chercheur était-il un homme ou une femme ?
5.	Expérience et formation	Quelle était l'expérience ou la formation du chercheur ?
Relations avec les participants		
6.	Relation antérieure	Enquêteur et participants se connaissaient-ils avant le commencement de l'étude ?
7.	Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur	Que savaient les participants au sujet du chercheur ? <i>Par exemple : objectifs personnels, motifs de la recherche</i>
8.	Caractéristiques de l'enquêteur	Quelles caractéristiques ont été signalées au sujet de l'enquêteur/animateur ? <i>Par exemple : biais, hypothèses, motivations et intérêts pour le sujet de recherche</i>
Domaine 2 : Conception de l'étude		
Cadre théorique		
9.	Orientation méthodologique et théorie	Quelle orientation méthodologique a été déclarée pour étayer l'étude ? <i>Par exemple : théorie ancrée, analyse du discours, ethnographie, phénoménologie, analyse de contenu</i>
Sélection des participants		
10.	Échantillonnage	Comment ont été sélectionnés les participants ? <i>Par exemple : échantillonnage dirigé, de convenance, consécutif, par effet boule-de-neige</i>
11.	Prise de contact	Comment ont été contactés les participants ? <i>Par exemple : face-à-face, téléphone, courrier, courriel</i>
12.	Taille de l'échantillon	Combien de participants ont été inclus dans l'étude ?
13.	Non-participation	Combien de personnes ont refusé de participer ou ont abandonné ? Raisons ?
Contexte		
14.	Cadre de la collecte de données	Où les données ont-elles été recueillies ? <i>Par exemple : domicile, clinique, lieu de travail</i>
15.	Présence de non-participants	Y avait-il d'autres personnes présentes, outre les participants et les chercheurs ?
16.	Description de l'échantillon	Quelles sont les principales caractéristiques de l'échantillon ? <i>Par exemple : données démographiques, date</i>
Recueil des données		
17.	Guide d'entretien	Les questions, les amorces, les guidages étaient-ils fournis par les auteurs ? Le guide d'entretien avait-il été testé au préalable ?
18.	Entretiens répétés	Les entretiens étaient-ils répétés ? Si oui, combien de fois ?
19.	Enregistrement audio/visuel	Le chercheur utilisait-il un enregistrement audio ou visuel pour recueillir les données ?
20.	Cahier de terrain	Des notes de terrain ont-elles été prises pendant et/ou après l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé (<i>focus group</i>) ?

Traduction de dix lignes directrices pour des articles de recherche

Tableau I. Traduction française originale de la liste de contrôle COREQ (suite).

N°	Item	Guide questions/description
21.	Durée	Combien de temps ont duré les entretiens individuels ou l'entretien de groupe focalisé (<i>focus group</i>) ?
22.	Seuil de saturation	Le seuil de saturation a-t-il été discuté ?
23.	Retour des retranscriptions	Les retranscriptions d'entretien ont-elles été retournées aux participants pour commentaire et/ou correction ?
Domaine 3 : Analyse et résultats		
Analyse des données		
24.	Nombre de personnes codant les données	Combien de personnes ont codé les données ?
25.	Description de l'arbre de codage	Les auteurs ont-ils fourni une description de l'arbre de codage ?
26.	Détermination des thèmes	Les thèmes étaient-ils identifiés à l'avance ou déterminés à partir des données ?
27.	Logiciel	Quel logiciel, le cas échéant, a été utilisé pour gérer les données ?
28.	Vérification par les participants	Les participants ont-ils exprimé des retours sur les résultats ?
Rédaction		
29.	Citations présentées	Des citations de participants ont-elles été utilisées pour illustrer les thèmes/résultats ? Chaque citation était-elle identifiée ? <i>Par exemple : numéro de participant</i>
30.	Cohérence des données et des résultats	Y avait-il une cohérence entre les données présentées et les résultats ?
31.	Clarté des thèmes principaux	Les thèmes principaux ont-ils été présentés clairement dans les résultats ?
32.	Clarté des thèmes secondaires	Y a-t-il une description des cas particuliers ou une discussion des thèmes secondaires ?

séparément l'une à l'autre lorsqu'elles étaient contradictoires, pour être confrontées, discutées et régulées ; en cas de discordance persistante l'auteur décidait en privilégiant les principes de fidélité au texte initial et de conformité aux usages francophones. Le résultat obtenu a été soumis à un méthodologiste expérimenté pour relecture finale. Il n'a pas été effectué de traduction inversée (*back-translation*) par défaut de traducteur subsidiaire maîtrisant suffisamment les subtilités méthodologiques de ces contenus spécifiques.

• Commentaires particuliers

Le « *focus group* » est une méthode qualitative connue en France de longue date, le plus souvent sous son appellation anglophone [11] ; elle est utilisée dans le monde médical mais aussi dans divers autres domaines : informatique, marketing (*marketing*), politique, psychologie sociale, etc. [12]. On trouve plusieurs traductions francophones de l'expression native : notamment « groupe de discussion » et « groupe d'expression » qui est aussi usitée dans le domaine médical [13]. Les lignes directrices COREQ s'inscrivent dans le cadre de recherches qualitatives utilisant le « *focus group* » comme outil méthodologique de recueil de données, et non comme simple vecteur d'expression d'idées, d'opinions ou de vécus, etc. Pour bien correspondre à ce cadre scientifique, il a été décidé

de considérer l'appellation du GROUM-F¹ : « entretien collectif », qui établit un parallèle avec l'« entretien individuel ». Tout comme il existe différents types d'« entretiens individuels » (dirigé, semi-dirigé, non structuré, compréhensif, etc.), il existe différents types d'« entretiens collectifs » ; aussi pour éviter toute confusion—et évoquer la notion de focalisation thématique contenue dans l'appellation anglophone native, il a été décidé de retenir l'expression « entretien de groupe focalisé », utilisée par certains chercheurs [14]. Pour faciliter l'appropriation de cette traduction moins connue, l'appellation anglophone « *focus group* » est systématiquement citée entre parenthèses à la suite.

Pour reproduire le même parallélisme, le terme « *interview* » a systématiquement été traduit par « entretien individuel ».

Le terme « enquêteur », plus usité et conforme en langue française, a été préféré pour traduire le terme « *interviewer* ».

¹GROUpe Universitaire de recherche qualitative Médicale Francophone (GROUM-F) : www.groumf.fr.

Déclaration d'intérêts

L'auteur déclare ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

Remerciements

Hannah FRANCE, Montreuil-sur-Mer.
GROUpe Universitaire de recherche qualitative Médicale Francophone (GROUM-F).
Benjamin RICHE, Université Lyon 1, CNRS.
Joannah ROBERTSON, CHU de Nantes.
Gaetan TARDIF, Université de Toronto

RÉFÉRENCES

- [1] Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care* 2007;19(6):349–57.
- [2] Anderson C. Presenting evaluating qualitative research. *Am J Pharmaceut Educ* 2010;74(8):1–7.
- [3] Crescentini A, Mainardi G. Qualitative research articles: guidelines, suggestions and needs. *J Workplace Learn* 2009;21(5):431–9.
- [4] Kitto SC, Chesters J, Grbich C. Quality in qualitative research: criteria for authors and assessors in the submission and assessment of qualitative research articles for the Medical Journal of Australia. *Med J Aust* 2008;188(4):243–6.
- [5] Collingridge DS, Gantt EE. The quality of qualitative research. *Am J Med Qual* 2008;23:389–95.
- [6] Corbin J, Strauss A. *Basics of qualitative research*, 3rd ed. Sage Publications; 2007 [312 p.].
- [7] Gilgun JF. "Grab" and good science: writing up the results of qualitative research. *Qual Health Res* 2005;15(2):256–62.
- [8] Drapeau M. Les critères de scientificité en recherche qualitative. *Prat Psychol* 2004;10:79–86.
- [9] Mucchielli A. *Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines*, 3^e ed. Armand Colin; 2009 [312 p.].
- [10] Hammell KW. Informing client-centred practice through qualitative inquiry: evaluating the quality of qualitative research. *Br J Occup Ther* 2002;65(4):175–84.
- [11] Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES). *Méthodes et Outils des démarches qualité pour les établissements de santé. ANAES – service évaluation en établissements de santé*; 2000 [136 p.].
- [12] Edmunds H. *The Focus Group Research Handbook*. American Marketing Association–McGraw-Hill Contemporary; 2000 [288 p.].
- [13] Moreau A, Dedienne MC, Letrilliart L, Le Goaziou MF, Labarère J, Terra JL. Méthode de recherche : s'approprier la méthode du *focus group*. *Rev Prat* 2004;18(645):382–4.
- [14] Thibeaut E. À propos de la méthodologie des entretiens de groupe focalisés. *Adjectifs*; 2010, <http://www.adjectif.net/spip/spip.php?article58&lang=fr>.

Thèse Margaux, résultats attendus. Par Marco Romero

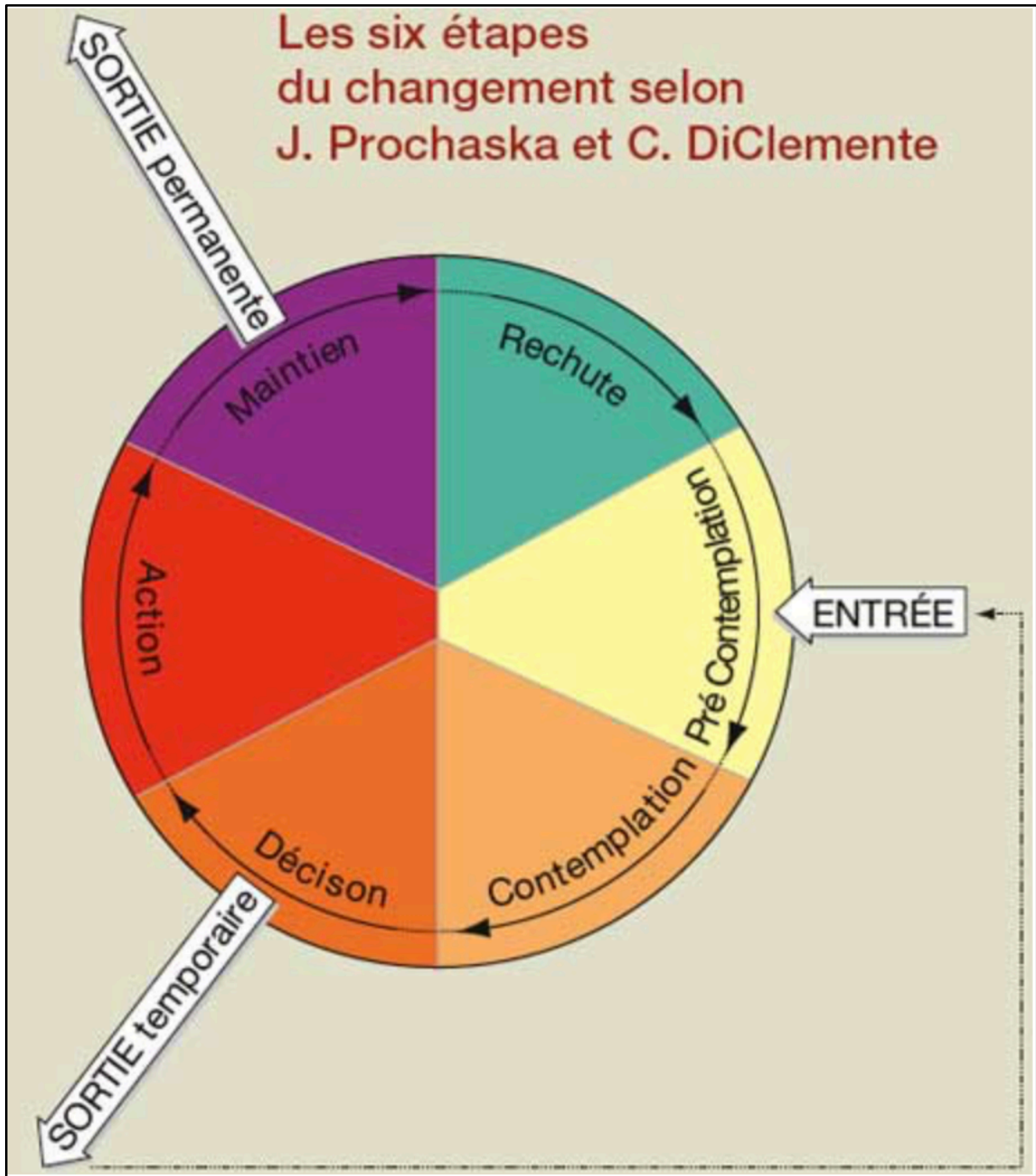
- Devoir de réassurance des patients
- Explication de la balance bénéfices-risques de la vaccination
- Plus de facilité à imposer la vaccination
- Refus de faire de faux-certificats ou le contraire ...
- Décision de soins non partagée
- Intérêt de la vaccination à l'échelle de la population
- Faire face au scepticisme des patients
- Faire face à la colère de parents
- Faire face aux inquiétudes des parents
- Peur de provoquer des effets secondaires suite à une vaccination obligatoire
- Peur de perdre des patients qui iraient voir des médecins plus complaisants
- Perte du lien de confiance patient-médecin
- Meilleur suivi des enfants car visites plus nombreuses
- Risque de discréditer l'ensemble des vaccins
- Décision politique avec faible niveau de preuves scientifiques
- Non-respect de la concertation citoyenne
- Défiance envers le corps médical
- Suspicion de collusion médecins/laboratoires
- Atteinte à la liberté de prescription
- Diminution d'épidémies évitables
- Politique qui va prouver son efficacité en termes de couverture vaccinale
- Vaccination à grande échelle va prouver son innocuité
- Permet de tordre le cou aux idées reçues sur les effets secondaires des vaccins
- Gain de temps : il n'y a plus de nécessité à essayer de convaincre
- Diminution de tension avec les anti-vaccins : on se décharge de la responsabilité

Annexe 9 : Résultats attendus par le Dr Romero (écriture préalable au travail de thèse)

Écriture en amont des résultats attendus par Margaux, thésarde examinatrice.

- Recul des épidémies si politique vaccinale efficace
- Bonne réponse au problème de couverture vaccinale insuffisante
- Vaccination à plus grande échelle > éradication de maladie attendue depuis longtemps, polio, diphtérie ?
- Effet négatif de l'aspect politique de cette décision de santé
- Vaccination au cœur de l'actualité donc au cœur des consultations
- Consultations provoquées par cette nouveauté : des parents qui voudraient mettre à jour des enfants plus grands de la même manière que les petits derniers
- Médecin s'appuyant sur la loi pour imposer la vaccination, soulagement, raccourci
- Des médecins perdant patience pouvant « attaquer » frontalement les anti-vaccins en disant que de toute façon c'est obligatoire
- Risque de dégradation de certaines relations médecin-patient, affrontement
- Émergence de nouvelles difficultés vaccinales face à des patients inquiets, énervés
- Nouvelle vaccination faite par certains médecins qui ne faisaient pas les 11
- Gros travail de réassurance des parents de nourrissons soumis à la nouvelle obligation vaccinale légale
- Risque de rédaction de faux-certificat contre-indiquant la vaccination à la demande des familles anti-vax ??
- Ou au contraire perte de patients refusant la vaccination
- Médecins suspectés par les parents de tremper dans le lobbying pharmaceutique
- Encore plus de méfiance des parents complotistes
- Peur de sanction du médecin
- Des médecins qui vont se couvrir si refus de vaccination de la part des parents
- Sélection involontaire de sa patientèle
- Clivage entre les médecins pour et contre la mesure
- Travail relationnel plus important avec les parents
- Travail de justification à fournir par le médecin : encore plus de justification à donner aux parents car 11 vaccins obligatoires
- Facilitation de l'exercice vaccinal : fini les obligatoires, fortement recommandés, recommandés populations cibles...qui perdaient médecins et patients
- Émergence d'une richesse de comportements de médecins pour s'adapter aux différentes réactions des parents
- Perspectives d'amélioration en cas de difficultés évoquées par les médecins ou de failles constatées

Annexe 10 : Résultats attendus par la thésarde examinatrice (écriture préalable au travail de thèse)



Annexe 11 : Modèle trans-théorique du changement illustré par le cercle de Prochaska et Di Clemente

Entretien 8

Margaux : Bonjour, Margaux Ménéard Bourguinat, je vous appelle comme prévu pour mon entretien de thèse, c'est bon pour vous ?

Médecin interrogé : Ouais c'est bon pour moi.

Margaux : Ok je commence tout de suite. Je suis médecin généraliste remplaçante. Mon travail de thèse porte sur le ressenti des médecins généralistes vis-à-vis de la nouvelle politique d'obligation vaccinale. J'enregistre notre entretien, ensuite je l'anonymise et je tape un Verbatim que je pourrai vous transmettre si vous le voulez.

Je recueille d'abord des données qui vous concernent.

Margaux : Quel âge avez-vous ?

Médecin interrogé : 43.

Margaux : En quelle année vous êtes-vous installé ?

Médecin interrogé : 2007.

Margaux : Quel est votre mode d'exercice de la médecine générale ?

Médecin interrogé : Libéral en maison de santé. En milieu semi-rural.

Margaux : Êtes-vous maître de stage universitaire ?

Médecin interrogé : Oui.

Margaux : Pourriez-vous me donner, comme préalablement à cet entretien, le pourcentage de consultations d'enfants de 0 à 16 ans dans votre activité selon votre dernier RIAP (reçu en février 2019 au format papier ou consultable sur l'espace pro d'Ameli.fr) ?

Médecin interrogé : 30,53%.

Margaux : Vos propres vaccinations sont-elles à jour ?

Médecin interrogé : Oui.

Margaux : Si vous avez des enfants, les avez-vous fait vacciner pour les vaccinations obligatoires et non obligatoires ?

Médecin interrogé : Euh oui sauf, je n'ai pas fait le rotavirus, je n'ai pas fait la varicelle et là ma grande va avoir le Gardasil bientôt. Le seul non obligatoire que j'ajoute c'est le Gardasil. Et après je pense que je n'en oublie pas. La méningite ouais, alors ce n'est pas le Bexsero qu'ils ont eu, c'est le Neisvac et ma grande c'était le Méningitec, mais c'est la même chose (*ndlr : NON, pas les mêmes sérogroupes concernés : Bexsero méningo B alors que Neisvac et Méningitec méningo C*).

Margaux : Ensuite on passe un peu plus au sujet de la vaccination de vos patients. Le sujet est extrêmement d'actualité avec l'épidémie de rougeole actuelle.

Margaux : Avez-vous diagnostiqué un ou plusieurs cas de rougeole ces derniers mois ?

Médecin interrogé : Non.

Margaux : Comme beaucoup de vos confrères, vous avez probablement des patients qui sont opposés à certains vaccins, qui peuvent vous rapporter des polémiques vaccinales, diffusées sur les réseaux sociaux et par les Anti-vax. Quand cela arrive, sur quels vaccins avez-vous eu le plus d'opposition ?

Médecin interrogé : Alors je n'en ai pas 36. J'ai 2 groupes de famille : un patient standard, peut-être cadre même, les parents sont divorcés, elle est pour, lui il est contre et on en est même à batailler sur la coqueluche quoi hein, tout lui pose problème. Donc là il m'a envoyé récemment un courrier, qu'il m'a fait transmettre par son ex-femme, comme quoi il fallait chercher le vaccin où il y avait le moins d'adjuvant, je ne réponds même pas. Donc son enfant devrait être vacciné mais je ne suis pas flic. Par contre il m'est arrivé de dire à des patients, pour suivre des petits notamment des témoins de Jéhovah là, « ben je ne peux pas les suivre ; les voir occasionnellement en urgence pourquoi pas mais ce n'est pas moi qui vais les suivre parce que la vaccination est refusée ». Après mon cas particulier est que je suis un groupe de familles de gitans qui sont sédentarisés, pas très loin, et là c'est le gros bordel en termes de vaccinations. C'est-à-dire qu'ils sont parfois un peu compliants parce qu'ils sont sympas et qu'ils ont bien compris que voilà. A part le BCG parce qu'une fois je n'ai pas su trouver les mots, ils ont eu l'impression que je les stigmatisais en leur disant qu'ils faisaient partie des populations pour lesquelles il fallait faire le BCG puisqu'ils vivent regroupés, les uns à côté des autres, et du coup on n'a jamais pu le faire. Mais dans ce groupe-là de gitans, il y a une personne qui est vraiment à côté (donc c'est son deuxième cas réfractaire) mais pour tous les autres je n'ai aucun problème quoi.

Ah si ! il y a une autre famille qui avait été suivie avant par un autre médecin et chez le petit ils avaient déjà fait le Tétravac pour ne pas faire l'hépatite B, voilà, et donc c'est un peu galère, et donc on a continué avec le Tétravac en disant que finalement il y avait moins d'études forcément chez les enfants avec le Tétravac et moins de recul qu'avec l'Infanrix Hexa.

Margaux : En cas d'opposition, que cherchez-vous à aborder comme notions ? Comment répondez-vous à leurs interrogations ou gérez-vous une franche opposition ?

Médecin interrogé : Là maintenant c'est facile avec l'obligation, je dis qu'il ne sera pas accepté à l'école, il ne sera pas accepté en crèche, il ne sera pas accepté par une nounou donc vous n'avez pas le choix. Et après par rapport à l'obligation actuellement qui concerne les enfants nés après le 1^{er} janvier 2018, je leur dis que de toute façon c'est une vaccination de bon sens, qui est légitime, qui est logique et que je conseillais déjà avant qu'elle ne devienne obligatoire et donc je leur dis que ça ne change rien. Et du coup, la plupart du temps, je ne bataille même pas, je leur dis que c'est ce que je faisais avant, que c'est ce que j'ai fait à mes enfants, bien sûr je leur dis toujours, enfin si je sens que ça se lève un peu quoi voilà. Après si jamais il fallait entrer dans les détails, je dirais que... alors celui sur lequel on n'avait pas tout le recul c'était le Gardasil, ça fait 2 ans à peu près que à la fois Prescrire et la SFMG ont sorti vraiment des recommandations claires en disant qu'il n'y avait pas plus d'effets secondaires que les autres vaccins mais ça ne fait que 2-3 ans qu'ils ont sorti ça. Donc du coup jusque-là moi je n'incitais pas pour le Gardasil. Donc là maintenant je leur dis clairement que même pour le Gardasil, on sait qu'on n'a pas plus d'effets secondaires que les autres vaccins et donc c'est quelque chose qui est très bien toléré. Après même parfois, quand y'en a qui lèvent un peu le sourcil, je leur dis qu'effectivement il peut se passer quelque chose après un vaccin mais que ça aurait pu aussi bien se passer sans. Il y en a même qui l'entende ça que c'est une réaction immunitaire qui aurait pu se produire peut-être face à un autre antigène mais que c'est arrivé là quoi. On ne bataille pas trop, on se comprend, on sait qu'il faut les faire et finalement l'obligation

vaccinale ben elle simplifie. Mis à part les deux familles, je n'ai pas eu d'autres parents contre et avec un enfant concerné par l'obligation de vaccination. Donc je n'ai pas eu à batailler en leur disant les arguments : de toute façon, votre gamin il ne pourra pas aller ni en crèche, ni chez nounou. Voilà donc je n'ai pas eu trop à batailler. Après vraiment c'est une notion de bon sens et je n'ai pas eu à discuter pour chez les enfants. En termes de médecin traitant, je dois avoir je dirais 400 enfants à peu près et j'en ai très peu pour lesquels c'est compliqué. Bon, une famille où il y a peut-être 5-6 enfants que je suis, maintenant ils sont plus grands mais même les petits au début ben ils les font les vaccins puis après ils oublient, ils n'y pensent pas mais ce n'est pas vraiment l'opposition active, c'est plus une négligence, pas du tout vis-à-vis de l'enfant mais vis-à-vis de la couverture vaccinale. C'est plus ça. Ceux qui sont vraiment dans l'opposition, c'est une minorité. Pour moi, ça concerne 2 parents, enfin du coup 2 enfants finalement, en plus ce ne sont que des enfants uniques à chaque fois, donc voilà.

Margaux : C'est loin d'être la majorité donc.

Médecin interrogé : Oui voilà. C'est une goutte d'eau, comme les antigènes.

Margaux : En pratique quotidienne, comment expliquez-vous si besoin la nouvelle politique d'obligation vaccinale qui a été mise en place ?

Médecin interrogé : Euh...

Margaux : Les parents arrivent-ils en toute connaissance de cause ?

Médecin interrogé : Je n'ai pas eu beaucoup d'ainés mais plutôt beaucoup d'enfants de fratrie en fait donc c'est le deuxième par exemple, j'ai déjà vacciné les grands. Et je dis « bon ben de toute façon voilà, c'est la même chose qu'a déjà eu le grand frère, rien n'a changé au niveau du schéma vaccinal depuis ». Et même le côté obligatoire, moi il ne m'en parle pas. Enfin voilà, je pense que ça va plus être abordé par ceux qui sont éventuellement contre. Et puis quelques fois c'est moi qui vais y penser. J'essaie de me souvenir cette semaine ou la semaine dernière les petits que j'ai vu. En fait moi dès la consultation du premier mois, je leur explique ce que c'est, contre quoi ça protège, que l'Haemophilus donnait des méningites, voilà quoi. Et je demande s'il y a des questions par rapport à ça. Mais je leur décris les vaccins qu'on va faire. Je leur explique à la fois quand je les prescris au premier mois et ensuite avant de les faire, je leur redis. Avant de les faire, l'enfant est là, j'ai débarrassé mes boîtes et je leur dis « donc là on fait ça, ça protège contre ça, ça, ça et ça et on fait aussi celui-ci, le Prevenar, ça protège contre ça. Voilà, et après on fera ça parce qu'on a un peu changé maintenant le schéma du Méningitec/Neisvac parce qu'on s'est rendu compte qu'il y avait des cas de cette méningite à 11/12 mois et donc qui n'étaient pas couverts ». Voilà, je leur explique en fait. Finalement, il y en a très peu qui sont vraiment anti, même si on les voit beaucoup à priori sur les réseaux sociaux, on ne les voit pas trop au cabinet ceux-là.

Margaux : Ils sont selon vous en marge des consultations ?

Médecin interrogé : Voilà, ceux-là, moi, je ne les vois pas et donc du coup, en expliquant, ben les explications semblent logiques.

Margaux : ça les rassure donc.

Médecin interrogé : Voilà exactement. Et puis on sait contre quoi on protège et voilà. J'ai l'impression, c'est hors sujet, mais que je bataille plus parfois chez les vieux, ou même les plus de 65 ans donc pas forcément âgés justement, contre la grippe. D'ailleurs, encore une autre parenthèse, ils ont parlé dans la revue Exercer ou dans Prescrire je ne sais plus il n'y a pas si longtemps, l'année dernière, que la vaccination systématique pouvait se discuter un petit peu quoi hein. Donc voilà. Mais là (donc pour les enfants 0-2 ans), ça ne se discute pas. Parce que ce sont des maladies graves donc voilà. Souvent les personnes plus âgées par rapport à la

grippe, je me chauffe un peu, je leur dis que c'est un syndrome de gosses de riches, enfin voilà. Mais là chez les petits, on n'a pas ça, on explique et je leur dis « ben c'est chouette qu'on ait des vaccins quoi ».

Margaux : Les gens sont finalement plutôt contents d'avoir cette possibilité de protection là ?
Médecin interrogé : Voilà oui. De pouvoir protéger leurs enfants.

Margaux : Bon à priori, j'ai un peu déjà votre réponse mais en quoi ces nouvelles dispositions légales ont entraîné un changement dans votre discours ou vos pratiques vis-à-vis de la vaccination ?

Médecin interrogé : (il rit) Aucun changement, nada, exactement. Et à la rigueur, je m'associe plus avec le patient en disant « bon pour nous ça ne va rien changer, c'est plus pour ceux qui ne voudraient pas ». Le message c'est ça. Pour nous, ça ne change rien, mais si quelqu'un est dans l'opposition, ce qui n'est pas notre cas parce que nous on est une médecine de bon sens et adaptée aux connaissances, ben c'est ce qu'il fallait faire de toute façon. Mais si jamais il y en a, ou que vous connaissez quelqu'un dans votre entourage qui est anti-vaccin, là lui par contre va être dans l'obligation de le faire. Je reviens sur les deux familles qui ne veulent pas, en dehors des patients gitans (ce n'est pas péjoratif, c'est vraiment ça), putain c'est énergivore au possible quoi. Quand on a quelqu'un en face qui a une croyance ; parce que c'est une croyance, ; et qui est persuadé et voilà, putain on y revient à chaque fois parce qu'on les revoit et voilà... Et d'ailleurs, je suis en train de me dire que la dernière famille dont je parle, je ne les vois plus.

Margaux : ça les écarte un peu...

Médecin interrogé : Voilà, donc je pense que ça les exclut ; après il va bien falloir qu'ils trouvent quelqu'un hein. Mais c'est énergivore parce qu'on explique ça d'une façon, d'une autre, et en face on a quelqu'un qui a une croyance, qui est persuadé d'un truc et ça n'avance pas. Et l'autre-là qui m'envoie des mails pas possibles, c'est pareil. Et donc c'est indémontable, c'est compliqué.

Margaux : Ils vous paraissent un peu imperméables ?

Médecin interrogé : Complètement. Mais ceux-là ils s'excluent doucement de ma pratique. Et encore une fois, ceux qui arrivent en disant « Non on ne les vaccinera pas » beh moi je leur dis « Moi je ne vous suivrais pas ». Et ça s'arrête là.

Margaux : A titre personnel que pensez-vous de cette mesure d'obligation vaccinale par la loi ? Parce que le CNGE avait pris position un peu contre cette mesure, plus à cause de la forme que du fond.

Médecin interrogé : Je pense que ça peut aider, pour ces patients justement. Finalement, la loi va servir euh ben je vais dire des gros mots presque. La loi elle sert, la plupart du temps, pour les délinquants, les personnes euh, c'est exprès ce que je dis, c'est de la provoc' !

Margaux : Pour les hors-la-loi donc...

Médecin interrogé : Ouais, ouais, ouais ! C'est-à-dire que la plupart des personnes sont dans la loi et la loi n'est là que pour ceux, pour le 1 ou 2%, ce qui correspond exactement à mon chiffre, voilà qui n'est pas dedans et qui n'a pas compris quoi. Et encore une fois c'est pour des croyances. Donc finalement, la loi est pour ces personnes-là. Mais encore une fois, pour la plupart des patients, on n'a même pas à se référer à la loi puisqu'ils ont compris que c'était du bon sens et des connaissances actuelles. Donc la loi va peut-être permettre à quelques enfants d'être vaccinés alors qu'ils ne l'auraient pas été sinon quoi. Après, si le parent est contre, le gamin va le sentir, il va plus réagir et ça ne va pas aider.

Et on n'a pas parlé tout à l'heure, je ne sais pas si c'était dans la question, mais quand je fais les vaccins, je présente les vaccins et après je présente les effets secondaires. Localement d'abord, donc « là il a deux mois donc je ne mets pas encore de patch sinon ce serait un demi-patch c'est le bordel donc ça va lui faire un petit peu mal, il va avoir une rougeur, une induration, parfois exceptionnellement la cuisse peut gonfler mais ça moi je ne l'ai jamais vu mais vous me tenez au courant si ça arrive ». Et après les signes généraux donc « il peut faire un peu de fièvre, bon pour le Neisvac les maux de tête donc s'il est grognon mais qu'il n'a pas de fièvre, vous donnez quand même du doliprane, euh il peut manger un peu moins, dormir un peu plus, avoir des selles un peu molles, et ça pendant 2-3 jours, voilà ». Toujours, je fais les vaccins et je leur délivre ce message là avec le Priorix, enfin le ROR, qui donne de la fièvre une semaine après. Enfin voilà, les spécificités du Neisvac, les maux de tête et le Priorix la fièvre décalée, ce sont les deux spécificités que j'ai vu en pratique.

Margaux : ça pourrait selon vous éviter que les parents se braquent contre tous les vaccins si jamais il se passe un truc post-vaccination ?

Médecin interrogé : Ouais ben quand ils savent déjà quels effets secondaires vont se passer en termes de probabilités, il a de la fièvre j'étais averti, il a un peu mal à la tête c'est normal, ce n'est pas qu'il fait une mini-méningite à cause du vaccin.

Donc en pratique oui, je pense quand même que la loi est une bonne idée pour moi. Pour les quelques enfants dont les parents ont une croyance anti-vaccinale.

Margaux (je reformule) : Mais non nécessaire pour la majorité.

Médecin interrogé : Ouais mais comme toutes les lois !

Margaux : Parmi la liste des vaccins obligatoires actuellement, y en a-t-il qui ne vous paraissent pas légitimes ? Si oui, pourquoi ?

Médecin interrogé : Euh alors ouais je me pose toujours la question moi. Alors, pas légitime, je ne suis pas allé chercher hein. Effectivement, je me pose toujours la question de la diphtérie et de la polio. Je me pose la question, je ne dis pas que c'est voilà. Le tétanos ça c'est évident. Voilà. Non, non, non, je me pose juste la question. Alors après, il y a le Bexsero du coup qui a l'AMM mais qui n'est pas remboursé et en plus il y avait un truc je crois sur l'immunité à long terme où ils se posaient quand même des questions il n'y a pas si longtemps encore, je ne sais plus dans quelle revue. Et voilà, mais nous on n'a pas eu de foyer. Le Dr R me disait que vers Pau, ses enfants sont là-bas, et qu'il y avait des foyers donc ils avaient plutôt élargi la vaccination.

Margaux (pour lui répondre avec les infos que j'ai) : Complètement. Les pédiatres sur Pau essayaient d'attendre le remboursement mais par force ils se sont lancés là tout de suite.

Médecin interrogé : D'accord. Et vous avez une idée si les foyers sont en dehors ou uniquement dans la région de Pau ?

Margaux : c'est le seul que je connaisse actuellement.

Médecin interrogé : D'accord. Et sur les autres vaccins du coup, les données par rapport à la diphtérie et la polio, qu'est-ce qu'il en est ?

Margaux : Alors, ce n'est pas forcément des pathologies que l'on diagnostique maintenant mais on est tellement proches de l'éradication que c'est plutôt pour terminer le processus plutôt que pour la protection individuelle.

Médecin interrogé : Et l'autre aussi, c'est le BCG qui était un peu galère en pratique, par rapport notamment aux enfants dont un des parents est d'origine africaine donc là oui il faut

le faire. Moi j'en ai fait quelques-uns. J'ai pas mal de patients militaires aussi, donc qui partent au Qatar ou autre enfin voilà. Et c'est vrai que là, il y a eu un problème juste de rupture de produit donc ils étaient sur liste d'attente en pédiatrie et ils n'ont pas pu le faire à tous donc ils les ont faits aux plus petits mais voilà. Donc on faisait l'IDR avant pour les plus grands et les plus petits y'a pas eu de problème ils ont eu directement le BCG mais il y avait un problème de rupture de produits. Mais l'indication reste la même pour le BCG j'imagine ? C'est vie en collectivité, région parisienne et un des deux parents d'origine africaine.

Margaux : C'est ça.

Margaux : Et que penseriez-vous d'une éventuelle extension de l'obligation à d'autres vaccins ? Imaginons le méningo B, le rotavirus, le HPV dont on a parlé.

Médecin interrogé : Alors le rotavirus, il faudrait qu'il soit remboursé déjà, on ne peut pas obliger les gens à acheter quelque chose si ce n'est pas remboursé donc ça s'arrête là. Ceux qui en auraient le plus besoin du vaccin contre le rotavirus, c'est toujours pareil, ce sont ceux qui ne pourront pas le payer. Parce que tous les autres, une gastro, les parents vont gérer et il n'y aura pas de décès d'enfant. Mais il y aurait une minorité qui pourrait éventuellement en bénéficier.

Et ensuite, je crois quand même par rapport à l'HPV qu'il faut qu'on ait une diminution du nombre de cancers et ça ce n'est pas le cas. Donc on ne l'a pas encore. Pour les autres, on l'a, on sait que ça marche ; là on n'a pas la diminution donc voilà.

Et ensuite, beh voilà c'est tout quoi.

Margaux : Bon on arrive à la fin, est-ce que vous voudriez ajouter quelque chose concernant cet entretien ou à propos du sujet de la vaccination ?

Médecin interrogé : Alors la vaccination Gardasil pour les garçons ce n'est pas évident. Alors l'autre jour j'ai réussi en disant « tiens alors là il existe un vaccin, ce n'est pas pour toi, c'est pour les filles et pour les mecs ça dépend de l'orientation sexuelle ». Voilà, j'ouvre une porte mais je ne peux pas leur demander à 15 ou 16 ans s'ils ont une idée de leur orientation, c'est compliqué. Et du coup, jusqu'à quel âge il est remboursé chez les garçons homos le Gardasil ?

Margaux : je ne sais pas ça. A regarder.

Médecin interrogé : je crois que c'est 25-30 ans mais je ne voudrais pas dire de bêtises. Mais au moins ça ouvre une porte. Et l'autre jour j'en ai même parlé avec un papa, bon après j'ai vu les ados tout seuls mais le papa était complètement open, il m'a dit « ben pour l'instant, on ne sait pas quelle est leur orientation sexuelle mais bon voilà ». Mais au moins ils ont le message.

Et quand même toujours, pour revenir à ce qui marche toujours, moi je suis des enfants sur du long terme, on connaît les parents, les grands-parents, et inversement ils connaissent nos enfants et de dire « moi je l'ai fait à mes enfants », quand quelqu'un a un micro-doute, voilà on est sur du personnel qui va avoir une influence quand même sur une action thérapeutique derrière donc on a le droit.

Margaux : Oui, il arrive que les gens posent la question de ce que l'on fait pour nos enfants.

Médecin interrogé : Ouais. Surtout le Gardasil ces dernières années. Maintenant on a l'impression que ça commence à rouler quoi.

Margaux : OK dernière chose, étant donné que je recrute en boule de neige, pourriez-vous m'indiquer un ou plusieurs médecins qui pourraient correspondre à mes critères d'inclusion et seraient susceptibles d'accepter de participer à ma thèse ?

Médecin interrogé : Alors relancez MP, ça peut l'intéresser sur le cabinet je pense. Euh, BR sera dépassé. NC euh ce n'est pas dit, relancez un mail au cabinet en disant pour ceux que je n'ai pas eu. Après il y a ABD à St Pierre, un jeune installé. Après Samadet vous avez fait, MLL aussi. Après vous allez tomber sur le groupe de pairs là donc des personnes qui se forment et donc ça pourrait être biaisé le côté boule de neige.

Margaux : Bon, je vous remercie pour le temps que vous m'avez accordé.

Médecin interrogé : Et surtout, dès que vous sollicitez quelqu'un, pensez à lui renvoyer le travail pour nous donner envie de continuer.

Annexe 12 : Exemple d'un entretien réalisé auprès d'un des médecins interrogés pour ce travail

BIBLIOGRAPHIE

- [1] Hésitation vaccinale : mieux comprendre pour mieux accompagner. Rev Prescrire 2018 ; 38 (422) : 933-938.
- [2] Vaccinations : une histoire de santé publique et de controverses sociales. Rev Prescrire 2019 ; 39 (425) : 217-222.
- [3] La politique vaccinale : un enjeu de santé publique, une confiance à conforter. Rapport public annuel 2018. Cour des Comptes. Disponible sur : <https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/2018-01/06-politique-vaccinale-Tome-1.pdf>
- [4] Conseil d'État, 1ère - 6ème chambres réunies, 08/02/2017, 397151, Publié au recueil Lebon [Internet]. Publié au recueil Lebon. 2017 [cité 5 juin 2020]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/affichJuriAdmin.do?oldAction=rechJuriAdmin&idTexte=CETA_TEXT000034056265&fastReqId=1989326950&fastPos=1
- [5] Données de couverture vaccinale [Internet]. [cité 29 mars 2019]. Disponible sur: <https://professionnels.vaccination-info-service.fr/Aspects-scientifiques/Epidemiologie/Donnees-de-couverture-vaccinale>
- [6] Les 6 compétences génériques | Département Médecine Générale - Université Paris 7 Diderot [Internet]. [cité 10 mai 2019]. Disponible sur: <https://dmg.medecine.univ-paris-diderot.fr/p/les-6-competences>
- [7] Allen DJ, Heyrman PJ. LES DEFINITIONS EUROPEENNES des caractéristiques de la discipline de médecine générale, du rôle du médecin généraliste et une description des compétences fondamentales du médecin généraliste - médecin de famille. Préparé par la WONCA EUROPE (Société Européenne de médecine générale - médecine de famille) 2002. :52.
- [8] 4. RAPPORT [Internet]. Concertation citoyenne sur la vaccination. 2016 [cité 22 oct 2018]. Disponible sur: <http://concertation-vaccination.fr/la-restitution/>
- [9] Verger P. Les médecins face à la crise de confiance dans la vaccination en France. Médecine. 1 mars 2017;13(3):110-4.
- [10] Vaccinations : attitudes et pratiques des médecins généralistes. Études et Résultats. 2015 ; 910 : 1-8. Disponible sur : <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er910.pdf>
- [11] Légifrance. (Page consultée le 19/02/19). Loi n°2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018 (1) - Article 49. Disponible à l'adresse https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2017/12/30/CPAX1725580L/jo/article_49

[12] Le point sur la vaccination [Internet]. Conseil National de l'Ordre des Médecins. 2019 [cité 19 mai 2020]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/medecin/sante-publique/point-vaccination>

[13] Holt E. 41 000 measles cases in Europe since the beginning of 2018. The Lancet. 1 sept 2018;392(10149):724.

[14] Au fond, le mouvement anti-vaccination est fondé sur la notion de privilège [Internet]. Slate.fr. 2019 [cité 10 mai 2019]. Disponible sur: <http://www.slate.fr/story/174666/complot-epidemie-rougeole-hausse-morts>

[15] INPES - La vaccination [Internet]. [cité 29 mars 2019]. Disponible sur: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/10000/themes/vaccination/index.asp>

[16] Le CNGE pour une politique vaccinale cohérente et efficace - Décembre 2016 [Internet]. [cité 22 oct 2018]. Disponible sur: https://www.cnge.fr/conseil_scientifique/productions_du_conseil_scientifique/le_cnge_pour_une_politique_vaccinale_coherente_et/

[17] Pétition vaccination | GPIP [Internet]. [cité 2 juill 2019]. Disponible sur: <http://gpip.sfpediatrie.com/page/petition-vaccination>

[18] L'obligation vaccinale : une réponse « simpliste et inadaptée » pour le CNGE [Internet]. egora.fr. 2017 [cité 22 oct 2018]. Disponible sur: <https://www.egora.fr/actus-medicales/sante-publique/29613-l-obligation-vaccinale-une-reponse-simpliste-et-inadaptee-pour>

[19] Pour le CNGE, « l'obligation vaccinale est une réponse simpliste et inadaptée » [Internet]. [cité 22 oct 2018]. Disponible sur: <https://www.lequotidiendumedecin.fr/actualites/article/2017/06/27/pour-le-cnge-lobligation-vaccinale-est-une-reponse-simpliste-et-inadaptee-848791>

[20] Le CNGE juge l'extension de l'obligation vaccinale inadaptée [Internet]. [cité 22 oct 2018]. Disponible sur: <http://www.celtipharm.com/Pages/Actualites/2017/06/Le-CNGE-juge-l-extension-de-l-obligation-vaccinale-inadaptee.aspx>

[21] Le Monde du 13/07/17 - L'OBLIGATION DE VACCINATION RISQUE D'ETRE CONTRE PRODUCTIVE [Internet]. [cité 22 oct 2018]. Disponible sur: https://www.cnge.fr/conseil_scientifique/le_monde_du_130717_lobligation_de_vaccination_risque/

[22] « L'obligation vaccinale est une mauvaise solution » [Internet]. Slate.fr. 2017 [cité 22 oct 2018]. Disponible sur: <http://www.slate.fr/story/148908/obligation-vaccin-mauvaise-solution>

[23] RECHERCHES QUALITATIVES – Hors-série - numéro 20 – pp. 472-486. « Prudence empirique et risque interprétatif ».

- [24] Gedda M. Traduction française des lignes directrices COREQ pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative. *Kinesither Rev* 2015;15(157):50–54
- [25] Lejeune C. Manuel d'analyse qualitative : Analyser sans compter ni classer. 1st ed. Louvain-la-Neuve: De Boeck Supérieur; 2014. (Méthodes en sciences humaines).
- [26] Lejeune C. Manuel d'analyse qualitative : Analyser sans compter ni classer. 2nd ed. Louvain-la-Neuve: De Boeck Supérieur; 2019. (Méthodes en sciences humaines).
- [27] Gust D, Darling N, Kennedy A, et al. Parents with doubts about vaccines: which vaccines and reasons why. *Pediatrics*. 2008 Oct;122(4):718-25
- [28] Collange F, Fressard L, Verger P, et al. Vaccinations : attitudes et pratiques des médecins généralistes. DRESS. Études et résultats. 2015;910. Disponible à l'adresse <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er-910.pdf>
- [29] Massin S, Pulcini C, Launay O, et al. Opinions et pratiques d'un panel de médecins généralistes français vis-à-vis de la vaccination. *SAGE J*. 2013 May 15;20(2):28-32.
- [30] Collange F, Fressard L, Pulcini C, Launay O, Gautier A, Verger P. Opinions des médecins généralistes de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur sur le régime obligatoire ou recommandé des vaccins en population générale. *BEH*. 2016;406-413.
- [31] Pouplin S. Le médecin généraliste picard face aux vaccinations en 2016. [Thèse de doctorat en médecine générale]. Faculté de Médecine d'Amiens; 2016.
- [32] Casals P. Retentissements de la loi élargissant les obligations vaccinales à onze pathogènes sur la pratique des médecins généralistes des Bouches du Rhône. [Thèse de doctorat en médecine générale]. Faculté des sciences médicales et paramédicales de Marseille; 2019.
- [33] Bras PL, Duhamel G. Formation médicale continue et évaluation des pratiques professionnelles des médecins. Paris : Inspection générale des affaires sociales. 2008.
- [34] Rigault-Fossier P, Fossier B. REprésentativité des Généralistes Enseignants : l'étude REGÉ. Thèse de doctorat en médecine générale]. Faculté de Médecine de Lyon 1 ; 2014.
- [35] Sarti R. Impact du statut de maître de stage Universitaire sur l'image que les patients ont de leur médecin généraliste. Une étude quantitative réalisée dans les bouches du Rhône. :109.
- [36] Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L et al. Introduction à la recherche qualitative. *Exercer* 2008;84 : 142-5. (Introduction à la recherche qualitative)
- [37] Letrilliart L, Bourgeois I, Vega A et al. Un glossaire d'initiation à la recherche qualitative Première partie : d'« Acteur » à « Interdépendance ». *Exercer* 2009;87 :74-9.

- [38] LeTrilliart L, Bourgeois I, Vega A et al. Un glossaire d'initiation à la recherche qualitative Deuxième partie : de « Maladie » à « Verbatim ». Exercer 2009;88 : 106-12.
- [39] Lazarevic A. Obstacles à la réalisation du calendrier vaccinal chez l'enfant. [Thèse de doctorat en médecine générale]. Faculté de Médecine Université Paris Diderot – Paris 7; 2013.
- [40] Mahé I. Les freins à la vaccination : revue systématique de la littérature. [Thèse de doctorat en médecine générale]. Faculté de Médecine de Toulouse; 2014.
- [41] Wolfe RM, Sharp LK. Anti-vaccinationists past and present. BMJ. 2002;325(7361):430-2.
- [42] Vaccination obligatoire ou recommandée : comment font nos voisins européens ? [Internet]. Sciences et Avenir. [cité 21 mai 2020]. Disponible sur: https://www.sciencesetavenir.fr/sante/vaccination-obligatoire-ou-recommandee-comment-font-nos-voisins-europeens_120155
- [43] Verger P. Les médecins face à la crise de confiance dans la vaccination en France. John Libbey Eurotext. 2017;10.1684:110-4.
- [44] Santé publique 2012, volume 24, N°6, pp.547-560.
- [45] Ameli.fr - Démographie [Internet]. [cité 18 mai 2020]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/donnees-statistiques/professionnels-de-sante-liberaux/demographie/age-et-sexe.php>
- [46] Bulletin de Santé Publique. Avril 2019. Bilan de l'obligation vaccinale en France. [Internet]. [cité 21 mai 2020]. Disponible sur: <https://www.google.com/search?client=safari&rls=en&q=bilan+de+l%27obligation+vaccinale+en+France&ie=UTF-8&oe=UTF-8>
- [47] Acteurs de la vaccination [Internet]. [cité 21 mai 2020]. Disponible sur: <https://vaccination-info-service.fr/Generalites-sur-les-vaccinations/Qualite-securite-et-efficacite-des-vaccins/Acteurs-de-la-vaccination>
- [48] Raude J, Fressard L, Gautier A, Pulcini C, Peretti-Watel P, Verger P. Opening the 'Vaccine Hesitancy' Black Box : How Trust in Institutions Affects French GPs' Vaccination Practices. Expert Review of Vaccines. 2016;10.1080/14760584.2016.1184092
- [49] Hurel MS. Rapport sur la politique vaccinale. Disponible à l'adresse : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_sur_la_politique_vaccinale_janvier_2016_.pdf
- [50] Larson HJ, Jarrett C, Eckersberger E, Smith DM, Paterson P. Understanding vaccine hesitancy around vaccines and vaccination from a global perspective: a systematic review of published literature, 2007-2012. Epub. 2014 Apr 17;32(19):2150-9.
- [51] Plus de 80 % des médecins généralistes libéraux de moins de 50 ans exercent en groupe [Internet]. [cité 22 mai 2020]. Disponible sur: <https://www.ars.sante.fr/plus-de-80-des-medecins-generalistes-liberaux-de-moins-de-50-ans-exercent-en-groupe>

[52] James Prochaska et Carlo DiClemente, « Toward a comprehensive model of change », in William Miller et Nick Heather (dir.), *Treating Addictive Behaviors*, 2e éd., Plenum Press, 1998.

[53] Miller W, Rollnick S. *L'Entretien motivationnel. Aider la personne à engager le changement*. InterÉditions; 2006.

[54] Code de la santé publique - Article L4130-1. Code de la santé publique.

[55] Commission technique des vaccinations [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 21 mai 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2755844/fr/commission-technique-des-vaccinations

[56] Élaboration des recommandations vaccinales [Internet]. [cité 21 mai 2020]. Disponible sur: <https://vaccination-info-service.fr/Generalites-sur-les-vaccinations/Politique-vaccinale-en-France/Elaboration-des-recommandations-vaccinales>

SERMENT MEDICAL D'HIPPOCRATE

« Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque. »

